



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

TÜRKİYE'DEKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİTİKALARININ
İNCELENMESİ VE YENİ MODEL ÖNERİSİ: BİR KAMU
HASTANESİ ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Ömer Faruk KUZU

Sivas
Mayıs 2019

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı

TÜRKİYE'DEKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİTİKALARININ
İNCELENMESİ VE YENİ MODEL ÖNERİSİ: BİR KAMU
HASTANESİ ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi


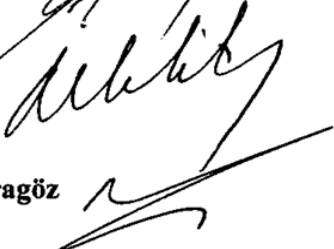

Ömer Faruk KUZU

Tez Danışmanı
Prof. Dr. İlhan ÇETİN

Sivas
Mayıs 2019

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Bilim Dalı :
Tezin Başlığı : Türkiye'de ki Ağız ve Diş Sağlığı Politikalarının
İncelenmesi ve Yeni Model Önerisi; Bir Kamu Hastanesi
Örneği
Savunma Tarihi : 02.05.2019
Danışmanı : Prof. Dr. İlhan Çetin

	Unvanı - Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı :	Doç. Dr. Selma Çetinkaya	
Üye :	Prof. Dr. İlhan Çetin	
Üye :	Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz	

Oy Birliği

Oy Çokluğu

Ömer Faruk Kuzu tarafından hazırlanan "Türkiye'de ki Ağız ve Diş Sağlığı Politikalarının İncelenmesi ve Yeni Model Önerisi; Bir Kamu Hastanesi Örneği" başlıklı tez, kabul edilmiştir.

..../..../.....

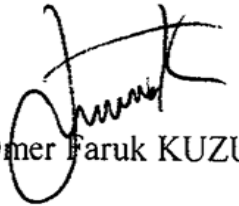
Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.


Ömer Faruk KUZU

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın başından sonuna kadar yanımda olan ve emeğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. İlhan ÇETİN'e,

Çalışmamda büyük katkısı olan çok değerli zamanını bana ayıran bilgisiyle ve kişiliğiyle beni destekleyen Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ziynet ÇINAR'a,

Önceki çalışmalarıyla bana yardımcı olan ve her türlü sorumu içtenlikle yanıtlayan kıymetli meslektaşım Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ömer EKİCİ'ye,

Anketimi uyguladığım Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi yönetimine, tüm çalışanlarına ve anketime katılan çok kıymetli diş hekimi meslektaşlarıma,

Burada ismini saymadığım emeği geçen tüm kişi ve arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında olduğu gibi tez çalışmamda da bana destek veren ve her zaman yanımda olan aileme,

Teşekkür ederim.

Ömer Faruk KUZU
Mayıs 2019
Sivas

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	2
1.AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KAVRAMI.....	2
1.1.Ağız ve Diş Sağlığının Tanımı.....	2
1.2. Ağız ve Diş Sağlığının Diğer Sistemlerle İlişkisi.....	3
1.3. Ağız ve Diş Sağlığının Sınıflandırılması.....	4
1.3.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	4
1.3.2. Tedavi Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	5
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	7
1.3.4. Ağız ve Diş Sağlığının Geliştirilmesi Hizmetleri.....	7
İKİNCİ BÖLÜM.....	8
2. ÜLKEMİZDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ.....	8
2.1. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Sisteminin Tarihi.....	8
2.2. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Yakın Tarihteki Gelişmeler.....	9
2.3. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Resmi Mevzuatı.....	13
2.4. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulanması.....	22

2.5. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Harcamaları.....	29
2.6. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Dair Çeşitli Göstergeler.....	32
2.7. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Dair Güncel Veriler.....	43
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	52
3. DÜNYADAKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ.....	52
3.1. Dünyadaki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	52
3.2. Bismark Modeli.....	54
3.3. Doğu Avrupa Modeli.....	55
3.4. Beveridge Modeli.....	55
3.5. İskandinav Modeli.....	55
3.6. Güney Avrupa Modeli.....	56
3.7. Çeşitli Ülkelerdeki Ağız ve Diş Sağlığı Sistemleri.....	56
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	58
4. ÜLKEMİZDEKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİTİKALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA.....	58
4.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi.....	58
4.2. Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezler.....	58
4.3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	58
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	59
4.5. Veri Toplama Aracı.....	59
4.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	60
4.7. Verilerin Analiz Edilme Yöntemi.....	60
4.8. Bulgular.....	60
SONUÇ.....	72

KAYNAKÇA.....	76
EKLER.....	81
EK-1: Anket.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR

ADSH	: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AGE	: Adı geçen eser
C.Ü.	: Cumhuriyet Üniversitesi
DMFT	: Kişi başına düşen çürük, çekilmiş, dolgulu diş sayısı
Doç. Dr.	: Doçent Doktor
Dr. Öğr. Üyesi:	Doktor Öğretim Üyesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DUS	: Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı
FDI	: Dünya Diş Hekimleri Birliği
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IADR	: International Association for Dental Research
NHS	: National Health Service
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
Prof. Dr.	: Profesör Doktor
RSHMM	: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Packages for The Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TDB	: Türk Diş Hekimleri Birliği
TDBD	: Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	6
Tablo 2. Diş Hekimi Sayısı ve Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus Tablosu.....	9
Tablo 3. Sağlık Bakanlığı'nda Çalışan Diş Hekimi Sayısı.....	10
Tablo 4. Türkiye'deki Toplam Diş Hekimi Sayısı.....	10
Tablo 5. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlardaki Diş Üniteli Sayısı.....	11
Tablo 6. Kamudaki Ağız ve Diş Sağlığı Kurum Sayısı.....	24
Tablo 7. Sağlık Harcamaları (Kişi Başı).....	29
Tablo 8. Toplam Diş Hekimi Fakültesi Sayıları (Yıllara Göre).....	34
Tablo 9. Diş Hekimliği Fakültesi, Öğretim Üyesi, Öğrenci Sayıları.....	35
Tablo 10. Ülkemizin Yıllara Göre Demografik Göstergeleri.....	38
Tablo 11. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar.....	43
Tablo 12. Ülkemizdeki Sağlık Personeli Sayısı.....	47
Tablo 13. Ülkemizdeki Sağlık Personeli Sayısı Sektörlere Göre Dağılımı.....	48
Tablo 14. Diş Hekimliği Fakültesi, Öğrenci, Öğretim Üyesi Sayıları.....	51
Tablo 15. Çeşitli Ülkelerdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	53
Tablo 16. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Kullanılan Çeşitli Modeller.....	54
Tablo 17. Bireylerin Yaş ve Hizmet Süresi Dağılımları.....	61
Tablo 18. Cinsiyet Dağılımları.....	61
Tablo 19. Medeni Durum Dağılımları.....	61
Tablo 20. Yaş Grupları Dağılımları.....	62
Tablo 21. Hizmet Süresi Grupları Dağılımları.....	62
Tablo 22. Anketin Birinci Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları.....	63
Tablo 23. Anketin İkinci Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları.....	64
Tablo 24. Anketin Üçüncü Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları.....	65

Tablo 25. Anketin Cinsiyetlere Göre İlişki Dağılım Tablosu.....	66
Tablo 26. Anketin Yaş İle Korelasyon İlişisini Gösteren Tablo.....	66
Tablo 27. Anketin Medeni Duruma Göre İlişki Dağılım Tablosu.....	67
Tablo 28. Anketin Hizmet Süresi İle Korelasyon İlişisini Gösteren Tablo.....	67
Tablo 29. Anketin Yaş Gruplarına Göre İlişki Dağılım Tablosu.....	68
Tablo 30. Anketin Hizmet Süresi Gruplarına Göre İlişki Dağılım Tablosu.....	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Sayısı.....	10
Şekil 2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Yapılan Dolgu Sayısı (Bin).....	12
Şekil 3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Yapılan Sabit Protez Sayısı (Bin).....	13
Şekil 4. Diş Hekimlerinin Çalıştığı Kurumlar.....	23
Şekil 5. Kurumlara Göre Diş Hekimi Sayısı.....	24
Şekil 6. Diş Ünitisi Başına Düşen Nüfus.....	25
Şekil 7. Sektörlere Göre Diş Hekimi Oranının Dağılımı.....	26
Şekil 8. 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Karşılaştırılması.....	26
Şekil 9. 100.000 Kişiye Düşen Ortalama Diş Hekimi Ülkelere Göre Sayıları.....	27
Şekil 10. Coğrafi Bölgeye Göre 1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı.....	28
Şekil 11. Bazı İllerde Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus Miktarı.....	28
Şekil 12. Sosyal Güvenlik Kurumu Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları.....	30
Şekil 13. Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıladaki Yüzdeleri (OECD Ülkeleri).....	31
Şekil 14. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (OECD Ülkeleri, Amerikan Doları).....	32
Şekil 15. Kişi Başına Düşen Diş Hekimi Sayısı (100 bin kişiye).....	33
Şekil 16. Bölgelere Göre Kişi Başına Düşen Diş Hekimi Sayısı (Yüz Bin Kişiye).....	34
Şekil 17. Diş Hekimliği Fakülte Sayıları.....	35
Şekil 18. Bazı Ülkelerle Ülkemizin Diş Hekimi Mezun Sayıları.....	36
Şekil 19. Diş Hekimliğinde Öğretim Üyesi Başına Düşen Diş Hekimi Öğrencisi Sayısı.....	37
Şekil 20. Ülkemizdeki 2000-2016 Nüfus Piramidi.....	37
Şekil 21. Diş Hekimine Gitme Sıklığı.....	39

Şekil 22. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarına Başvuru Sayısı.....	39
Şekil 23. Diş Hekimine Kişi Başı Başvuru Sayısı.....	40
Şekil 24. Ülkemizde Diş Macunu Tüketimi (Yıllık-Gram).....	41
Şekil 25. Bazı Ülkelerin Kişi Başına Düşen Diş Macunu Kullanımı (Yıllık-Gram).....	41
Şekil 26. Ülkemizde Kişi Başına Düşen Diş Fırçası Kullanımı Sayısı (Yıllık)	42
Şekil 27. Ülkemizde 2011 DMFT indeksi ve FDI Hedefi.....	43
Şekil 28. Sağlık Bakanlığı Diş Ünitisi Başına Düşen Nüfus Sayısı.....	44
Şekil 29. Tüm Sektörlerle Diş Ünitisi Başına Düşen Nüfus.....	45
Şekil 30. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Başvuru Sayıları.....	46
Şekil 31. Kişi Başına Diş Hekimine Müracaat Sayısı.....	47
Şekil 32. 100000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı Grafiği.....	49
Şekil 33. 100000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması.....	50
Şekil 34. Diş Hekimi Sayısının Dağılım İstatistiği.....	51

ÖZET

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri eskiye göre iyileşmekle birlikte hala bazı sorunlar bulunmaktadır. Araştırmada mevcut sistemdeki problemler tespit edilerek daha iyi bir model önerisi getirilmesi amaçlanmaktadır.

Ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı sistemi birçok açıdan araştırılmış, dünyadaki diğer ülkelerdeki sistem ve modeller incelenmiştir. Yapılan anket çalışması ile çeşitli sorunlarla ilgili veriler ortaya konmuştur.

Araştırma için öncelikle etik kurulundan izin alınmıştır. Ölçek olarak anket formu kullanılmıştır. Anket Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi içerisinde çalışan tüm diş hekimlerine uygulanmıştır. Uygulama sonucunda alınan veriler SPSS 22.0 ile değerlendirilmiştir.

Anketin yapıldığı dönemde Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde çalışan diş hekimi sayısı 63 olarak belirlenmiştir. Ankete katılanların yaş ortalamasının 35,81, en düşük yaşın 24, en yüksek yaşın 54, standart sapmanın 8,62; ortalama hizmet süresinin 11,71 yıl, en düşük hizmet süresinin 1 yıl, en yüksek hizmet süresinin 32 yıl, standart sapmanın 8,41 olduğu belirlenmiştir. Ankete katılan erkek oranı %38,8, kadın oranı %61,2; anket katılım oranı %77,78 olarak tespit edilmiştir. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Sonuç olarak, ülkemizin gerçeklerine uygun, dünya standartlarında kaliteli bir ağız ve diş sağlığı sistemi için yeni bir modele ihtiyaç duyulmaktadır. Yeni modelde toplumun sorunlarına çözüm bulunmalı, çalışan mutluluğu gözetilmeli, bilimsel çalışmalara önem verilmelidir. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda sorunlar tespit edilerek çeşitli çözüm ve öneriler ortaya konmuştur. Sorunların tespiti ve yeni model için daha birçok bilimsel araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Tespit edilen sorunlara tüm paydaşların fikri alınarak çözümler getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Sağlığı, Sağlık Politikaları, Diş Hekimliği, Sağlıkta Reform

ABSTRACT

Oral and dental health service is getting better than before, but is still has some problems. The aim of this study is to identify problems in the current system and to provide model proposal.

The oral and dental health system in our country has been investigated in many respects and the system models in other countries in the world have been examined. With the survey study, data were presented in various problems.

Firstly, permission received from the ethics board for research. The questionnaire form was used as a scale. The questionnaire was applied to all dentists working at the Sivas Oral and Dental Health Hospital. The data received as a result of the application were evaluated with SPSS 22.0.

The number of dentists working at Sivas Oral and Dental Health Hospital was 63 at the time of the survey. The mean age of the participants was 35.81, the lowest age was 24, the highest age was 54, the standard deviation was 8.62; the average service life was 11.71 years, the lowest service period was 1 year, the highest service life was 32 years and the standard deviation was 8.41. The proportion of men participating in the survey was 38.8%, female rate 61.2%; survey participation rate was determined as 77.78%. The error level was taken as 0.05.

As a result, we need a new model for world-class quality oral and dental health system in accordance with the realities of our country. In the new model, solutions to the problems of the society should be found, employee satisfaction should be taken into consideration and scientific studies should be given importance. As a result of the evaluation of the data, problems were identified various solutions and suggestions were put forward. Many scientific studies are needed for the detection of problems and for the new model. Solutions should be brought to the determined problems by taking the idea of all stakeholders.

Key Words : Oral and Dental Health, Health Policies, Dentistry, Health Reform

GİRİŞ

Sağlık kavramı ile ağız ve diş sağlığı kavramları birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilemez. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri diğer sağlık politikalarından ayrı olarak düşünülemez (Ekici 2013:1). Değişen dünya şartlarında sağlık hizmetlerinin sunulması ve yönetilmesinde devletin politikalarında da değişimler olmuştur. Verimliliği ve kaliteyi arttırmak için sağlıkta çeşitli yenilikler yapılmıştır.

Kamuda ağız ve diş sağlığı hizmetlerine önemli kaynak ayrılmaktadır. Halk arasında ağız ve diş sağlığı problemleri yadsınamayacak kadar fazladır. Bu sebeple temel sağlık harcamaları içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır.

Bazı özellikleri ile diğer sağlık hizmetlerine benzer olsa da ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kendine özgü bazı özellikleri bulunmaktadır (Ekici 2013:6). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde olan sorunları tespit ederek nasıl daha iyi bir sistem oluşturulabileceği araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Araştırma Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde çalışan tüm diş hekimleri üzerinde yapılmıştır. Yeni bir modele ihtiyaç duyulduğu ve katılanların bağımsız olarak anketi cevaplandıkları varsayımları yapılmıştır. Anket uygulamasının sonuçları SPSS 22.0 programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Literatür taraması yapılmış ve diğer çalışmalar titizlikle incelenmiştir. Bulunan sonuçlar yorumlanmıştır.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, ağız ve diş sağlığı kavramları açıklanmıştır.

İkinci bölümde ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetleri ele alınmıştır. Ağız ve diş sağlığının ülkemizdeki tarihçesi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin mevzuatı, ağız ve diş sağlığı sisteminin bazı konularda çeşitli ülkelerle kıyaslanması gibi konular açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde dünyadaki bazı ülkelerin genel sağlık sistemleri ve ağız ve diş sağlığı politikaları incelenmiştir.

Dördüncü bölümde yapılan saha araştırması açıklanmıştır. Sonuç kısmında tüm bilgiler ve anket çalışması yorumlanarak çalışma sonuçlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KAVRAMI

1.1.Ağız ve Diş Sağlığının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu kavram tanımına göre, "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" (Çoruh 1983:1).

Hizmet, nesnel olmayan ihtiyaca göre üretilebilen bütün faaliyetler şeklinde tanımlanabilir. Bazı araştırmacılara göre hizmet satış sırasında etkileşimle ortaya çıkan faaliyetlerin genel adıdır (Zerenler, Öğüt 2007:502).

Kalite kişiye göre farklılık gösterebilecek bir tanımdır. Araştırmacı kaliteyi "fayda sağlamak amacıyla müşteri ihtiyaçlarına cevap verebilmek" olarak tanımlamıştır (Peşkircioğlu 1999:28).

Başka bir araştırmacı ise kalite için tüketicinin izlenim ve deneyimleri olarak tanım yapmıştır (Arıkboğa 2003:59).

Araştırmacılar bu tanımlamadaki eksiklikleri tartışarak, sağlığa yeni bir bakış açısı getirmeye gayret etmişlerdir. Sağlığın gündelik yaşantının bir parçası ve hayat standardını en önemli boyutunu oluşturduğu kabul edilmektedir (Oktay 2000: 50).

Sağlık hakkı birçok anayasa ve uluslararası anlaşmalarda yer almaktadır. Mevcut anayasamızda da sağlık hakkı yer almaktadır. Anayasamızın 56. Maddesinde sağlık hakkıyla ilgili olup şu şekilde açıklanmıştır (T.C. Anayasası, 1982).

"Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

MADDE 56- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Ağız ve diş sağlığı tüm sağlık sisteminin bölünemez bir bölümüdür. Ağız ve diş sağlığı, “hayat boyunca estetik, fonksiyonel ve sosyal yönden kabul edilebilir bir diş dizisinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Şengün 2001:613).

Ağız sağlığı dendiği zaman akla sadece diş sağlığı gelmemelidir. Ağız içindeki tükürük bezleri, çiğneme kasları, oral mukoza, diş eti ve çevre dokuları, damaklar, sert ve yumuşak diğer tüm yapılar ağzın bölümlerini oluşturmaktadır. Bu yapıların bir bütün olarak sağlığı ağız sağlığı olarak değerlendirilmelidir. Ağzın temel fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi için tüm yapılar sağlıklı olmalıdır.

1.2. Ağız ve Diş Sağlığının Diğer Sistemlerle İlişkisi

Ağız ve diş sağlığı vücudun diğer sistemleriyle alakalıdır. Ağız ve diş sağlığındaki bir eksiklik vücudun diğer yapılarında da sorunlara yol açabilmektedir. Özenli olmayan ağız ve diş sağlığı bakımı genel sağlık sorunlarına sebep olmaktadır.

Yapılan pek çok çalışmada periodontal rahatsızlıklar gibi hastalıkların; kalp hastalıklarına, gebelerde erken doğum riskini arttırdığı, şeker hastalarının kan şekeri düzeyini kontrol etmekte zorlandığı gösterilmiştir (Bobetsis, Barros, Offenbacher 2006:7).

Sağlık hizmetlerinde bireyler tam anlamıyla aldıkları hizmetin ve mevcut durumlarının farkında olmadıkları araştırmacılarca düşünülmektedir. Simetrik olmayan bu bilgiler sebebiyle bireyler sağlık hizmetinde belirleyici yerde değillerdir (Top 1999:381).

Malpraktis istenmeyen tıbbi sonuç olarak açıklanabilmekle birlikte görev ihmalî veya hata sebebiyle yaralanma olması şeklinde tanımlanabilmektedir (Black's Law Dictionary 1997).

Ağız ve diş sağlığının vücudun genel sistemlerine etkisi anne karnından yaşlılığa kadar hayatın her evresinde görülmektedir. Annede bulunan periodontal hastalıklar doğacak bebeğin düşük kiloda doğmasına sebep olmakta ve erken doğum riskini arttırmaktadır.

Sağlık hizmetleri amacı gerçekleştirildiğinde çevresel, kişisel ve toplumsal olarak iyi ortamlar olması amaçlanmaktadır (Sargutan 1993:3). Bireylerin sağlıklı

olabilmesi için çalışan “Asıl Sağlık Hizmetleri” şeklinde tanımlanan sağlığı bir bütün olarak ele alan bir takım tanımlamalar mevcuttur (Sargutan 2005:1).

Diyabet ile periodontal hastalıklar kan şekeri kontrolünde ilişkili olduğundan karşılıklı olarak kontrol altına alınmaları sağlık açısından önemlidir. İnsülin toleransının artışı periodontal hastalığı tetiklemektedir. Ağız kuruluğu oluşmaktadır. Periodontal rahatsızlıklardan dolayı diş kaybı yaşanabilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı vücuttaki diğer hastalıkların teşhisinde de önemli rol oynamaktadır. Ağız içerisinde meydana gelen değişiklikler pek çok hastalığın birinci belirtisi olabilir (Swinson vd. 2004:92).

Birçok hastalığın risk faktörlerinin ağız ve diş sağlığı hastalıklarının da risk faktörü olduğu düşünülürse, ağız ve diş sağlığının vücudun diğer temel sağlık sistemlerinden bağımsız olarak değerlendirilemeyeceği gerçeğini ortaya çıkmaktadır.

1.3. Ağız ve Diş Sağlığının Sınıflandırılması

“Sağlı hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta toplanmaktadır” (Tengilimoğlu 2009:44).

Aynı Şekilde benzer bir gruplamayı da Somunoğlu yapmıştır (Somunoğlu 2012:11).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sağlığın önemli bir parçası olarak düşündüğümüzden ağız ve diş sağlığı hizmetlerini de aynı dört grupta toplayabiliriz.

1.3.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Sağlığını kaybetmeden önce uygulanan ağız ve diş sağlığı hizmetleridir. Biri insanın kendisine birisi çevresine olmak üzere iki alt grupta incelenebilir. Çevreye karşı olan koruyucu sağlık hizmetleri kişinin sosyal, fiziksel, biyolojik ve kimyasal olarak çevresinin olumlu hale getirilmesini kapsar. Kişiye göre olan koruyucu sağlık hizmetleri ise hastalıklara karşı insanı dirençli kılmayı, eğer hastalığa yakalandılar ise erken dönemde tanı koymayı amaçlayan sağlık hizmetleridir (Ekici 2013:20).

Sağlık hizmetlerini; sağlığın korunması, rehabilitasyon çalışmaları ve tedavilerin bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Akdur 1998:12).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden çevreye karşı yapılacak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine örnek olarak, suların yeterli düzeyde florür uygulamasına tabi tutulması ve gıda içeriklerinin ağız ve diş sağlığına uyumlu halde yeniden düzenlenmesi verilebilir. Burada pek çok kurumun beraber hareket etmesi gerekir. Belediyeler, devlet su işleri kurumu, valilikler, ilgili sağlık kurum ve kurulları ile diğer paydaşlarla işbirliği yapılması gerekmektedir. Çevre mühendisleri, çevre sağlığı teknisyenleri, gıda mühendisleri gibi birçok çalışana görev düşmektedir.

Bireye göre uygulanan ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise beslenme ve oral hijyen eğitimi, ağız ve diş sağlığı taramaları, okul taramaları, çeşitli yöntemlerle ağıza flor uygulanması, fissür koruyucu uygulamalar olmak üzere gruplandırılabilir.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde çok önemli bir yere sahiptir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri oldukça masraflıdır. Daha az maliyetli olan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde daha ağırlık verilmelidir.

1.3.2. Tedavi Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde amaç daha önceden bahsetmiş olduğumuz sağlık tanımındaki iyilik halinin tekrar yeniden onarılmasını kapsar. Tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sonucu korunamamış bireylerde oluşan ve tedavi edilmesi gereken hastalık halinin tedavisini içerir.

Diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı tedavi edici sağlık hizmetleri de birinci, ikinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olmak üzere üçe ayrılır.

Aynı sınıflandırma Ateş tarafından da yapılmıştır (Ateş 2011:12).

Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri halkın sağlık kuruluşuna ilk müracaat ettiği yerdir. Sağlık müdürlüklerindeki halk sağlığı başkanlığına bağlı olarak hizmet veren kurumlar örnek verilebilir. Ülkemizde pratik olarak birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri uygulanmamaktadır.

İkinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise çok ileri teknolojik donanım gerektirmeyen hastaların tedavisinin yapıldığı yerler olarak tanımlanabilir. Kamuya bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği kurumlara örnek verilebilir.

Üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise ileri teknolojik donanımın kullanıldığı ve ileri tetkik ve tedavinin yapıldığı kurumlardır. Diş hekimliği fakülteleri üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerine örnek verilebilir.

Birinci basamaktan üçüncü basamağa ilerledikçe kapsamın genişlediği görülmektedir. Pek çok gelişmiş ülkede birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerine önem verilmektedir. Aşağıdaki tabloda tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerini incelenebilir (TDB Dergisi 2003:58).

Tablo 1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: TDB Dergisi 2003:58

DIŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ		
Birinci basamak hizmetler	İkinci basamak hizmetler	Üçüncü basamak hizmetler
Muayene Acil tedavi Koruyucu uygulamalar Dolgu Endodonti Profesyonel temizlik Çekim Ağız hastalıkları Yer tutucu Kuron Radyografi Koruyucu ortodonti Protez	Komplike konsevatif tedavi Ortodonti Periodontal cerrahi Ağız ve çene cerrahisi	Ağız dış bölgesindeki tümör ve kanserler Konjenital ve edinsel malformasyonlar

Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri uzmanlık gerektirmeyen tedavilerdir. İkinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri ileri donanım ve uzmanlık gerektiren ağız ve diş sağlığı hizmetleridir.

1.3.3. Rehabilitasyon Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Hatalık veya travma sonucu oluşan bozukluğun tekrar düzeltilmesini içeren ağız ve diş sağlığı hizmetleridir. Tamamen düzelmese bile bozukluğun kabul edilebilir şekilde düzenlenmesini de kapsar.

Dudak damak yarıklarının düzeltilmesi, tavşan dudak vakalarının düzeltilmesi rehabilitasyon edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine örnek verilebilir. Kaza ve travma sonucu zarar gören organ ve dokular için yapılan çene yüz protezleri de rehabilitasyon edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine örnektir.

1.3.4. Ağız ve Diş Sağlığının Geliştirilmesi Hizmetleri

Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi hizmetleri oldukça kapsamlıdır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi hizmetleri yaşam kalitesinin artırılmasını ve daha iyi bir ağız ve diş sağlığını hedefler.

Oral hijyen alışkanlığının iyileştirilmesi, pek çok hastalığın ortak sebebi olan alkol ve tütün mamullerinden uzak durulması ağız ve diş sağlığı geliştirilmesi hizmetlerine örnek olarak verilebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. ÜLKEMİZDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlığın diğer sistemlerinden ayrılamayacak büyük bir parçasıdır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde verilen hizmetin kalitesi bu sistemin tüm elemanlarının doğru bir şekilde çalışmasıyla doğru orantılıdır.

Ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerini tarihi sürecini ve günümüz sistemini incelenmesi yapacaklarımız konusunda bize yol gösterecektir.

2.1. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Sisteminin Tarihi

Dünyada yaklaşık 5000 yıl önce rastlanan diş hekimliği uygulamaları 18. yüzyılda Pierre Fauchard’ın mücadelesiyle tıptan bağımsız bir meslek haline gelmiştir. “Le Chirurgien Dentiste” diş hekimliği konularını ele alan Pierre Fauchard modern diş hekimliğinin başlatıcısı kabul edilmektedir. Dünyanın ilk diş hekimliği okulu olan “Baltimore College of Dentistry” 19. yüzyılda Amerika Birleşik Devletleri’nde kurulmuştur (Karaoğlan 2001:357).

Türkiye’de ise ilk diş hekimliği okulu 22 Kasım 1908’de kurulmuştur. Kurulan bu diş hekimliği fakültesi ülkemizdeki modern diş hekimliğinin başlangıcı kabul edilmektedir. Her yıl 22 Kasım “Diş Hekimleri Günü” olarak kutlanmakta ve 22 Kasım tarihinin içinde bulunduğu hafta “Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası” olarak kutlanmaktadır.

Ülkemizde cumhuriyet dönemi öncesindeki ağız ve diş sağlığı hizmetleri kendini bu alanda yetiştirmiş veya bunların yanında işi öğrenen kişilerce uygulanmıştır. 19. Yüzyıla kadar çeşitli esnaflar ve kişilerce diş hekimliği yapılmıştır. 19. Yüzyılda ise Osmanlı Devleti’nde belgesiz diş hekimliği uygulamalarının yapılması yasaklanmıştır. Diş hekimliği mesleğinin yanında çalışan insanlara belge verilir daha sonra bu belge tıp mekteplerine veya sağlık müdürlüklerine onaylatılırdı. Çoğunluğunun müslüman olmayanların oluşturduğu bu belge sahibi kişiler “Permili” olarak isimlendirilirdi (Karaoğlan 2001:357).

22 Kasım 1908 tarihinde kurulan “Darülfünun Osmanlı Tıp Fakültesi Dişçi Mektebi” ülkemizdeki bilimsel diş hekimliği tarihinin başlangıcı kabul edilmektedir.

1928 tarih ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı sanatlarının Tarzına Dair Kanun” un 30. maddesi “*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi unvanını taşıyabilmek için Türk olmak ve Türkiye Darülfünunu Dişçi Mektebinden diploma almak lazımdır.*” ifadesi Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde diş hekimliği mesleğinin kimler tarafından icra edilebileceğini ortaya koymakta ve diş hekimliği yapabilmek için diş hekimliği okulu şartı getirmiştir (Efeoğlu 200:179).

2002 yılı sonrasında sağlıkta dönüşüm programı çevresinde kamunun ağız ve diş sağlığındaki yeri önemli ölçüde artmıştır. Günümüzde de dünyadaki gelişmelere paralel olarak diş hekimliği ülkemizde gelişmektedir.

2.2. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Yakın Tarihteki Gelişmeler

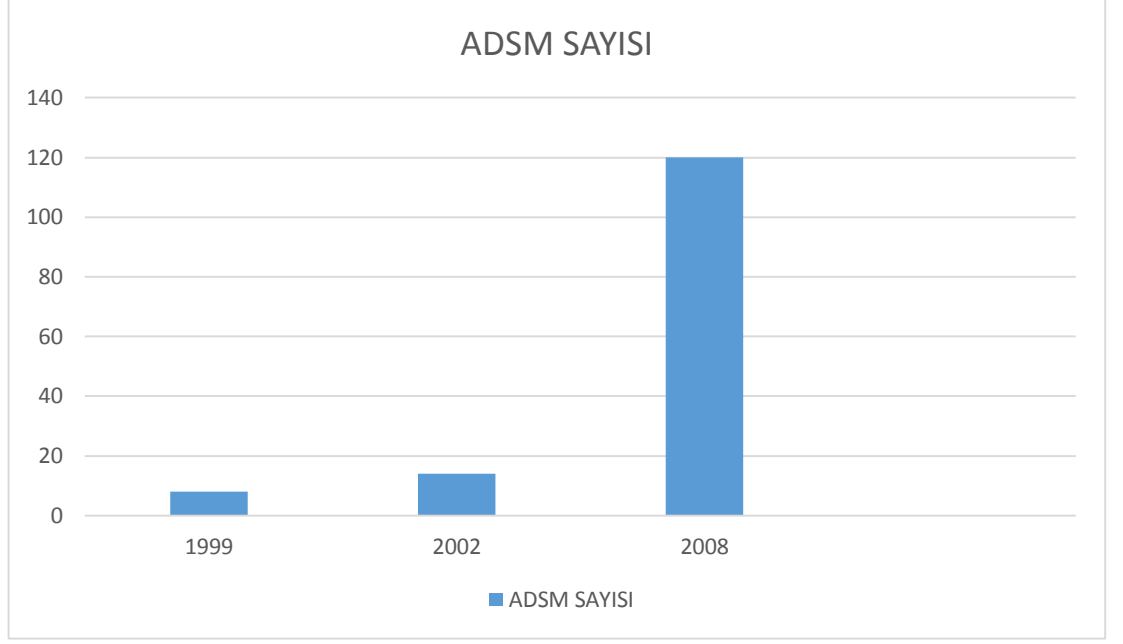
Ülkemizde yakın tarihte ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde birçok gelişme yaşanmıştır. Bu başlıktaki verilerin büyük kısmı TÜİK ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan derlenmiştir. Ülkemizde gün geçtikçe diş hekimi başına düşen hasta azalmış ve diş hekimi sayısı artmıştır.

Tablo 2. Diş Hekimi Sayısı ve Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus Tablosu

Kaynak: Ekici 2013:43.

	1995	2000	2005
Diş Hekimi Sayısı	11717	14200	16000
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	5163	4599	4389

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında ülkemizde kamuda ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır. 1999 yılında 8 olan ağız ve diş sağlığı merkezlerinin sayısı 2002 de 14, 2008 yılında ise 120 ye ulaşmıştır.



Şekil 1. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Sayısı

Kaynak: Ekici 2013:44.

Kamudaki ağız ve diş sağlığı merkezlerinin sayısının hızla artması özel olarak işletilen diş hekimliği muayenehanelerinin kapatılarak kamuya geçmesine neden olmuştur. Sektörde kamunun ağırlığı artmıştır.

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı'nda Çalışan Diş Hekimi Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı

	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diş Hekimi	3.819	4.183	5.082	5.425	5.795	7.069	7.225

Tablo 4. Türkiye'deki Toplam Diş Hekimi Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diş Hekimi	18.332	19.278	19.959	20.589	21.432	21.099

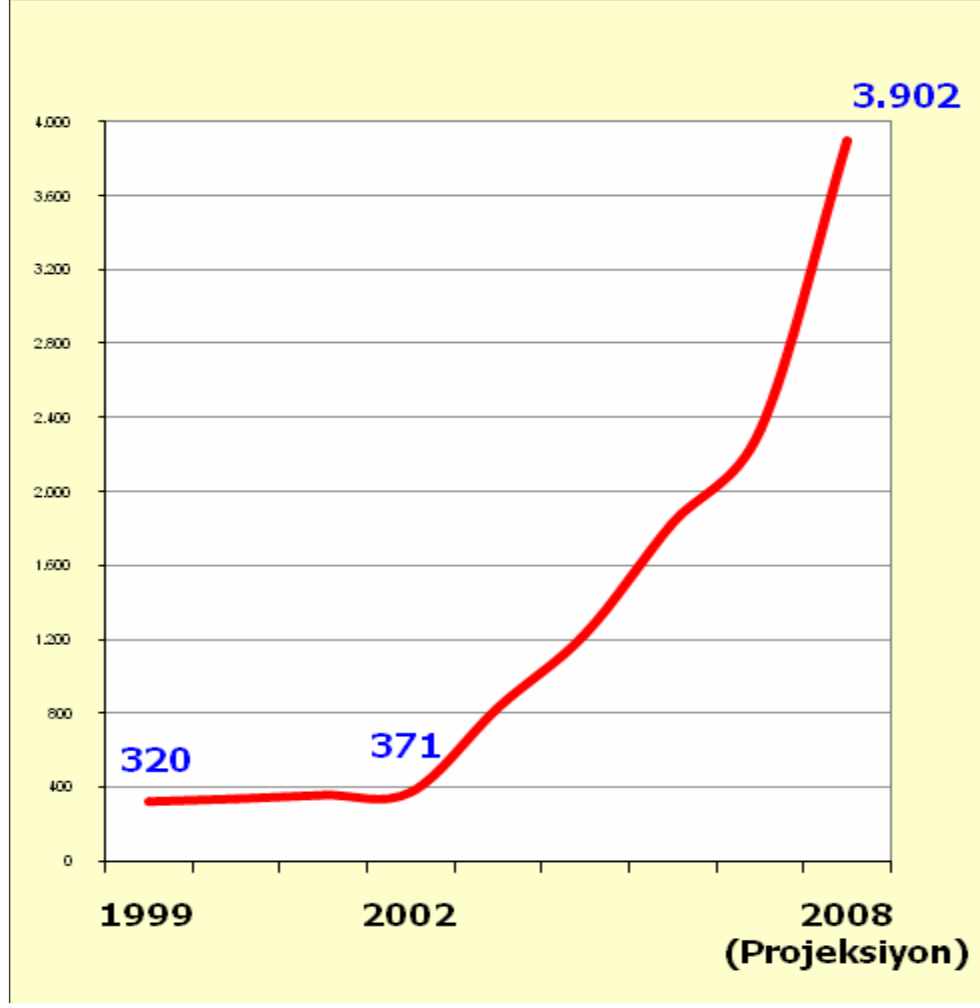
Kamudaki diş hekimi sayısının artışına bağlı olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlardaki diş üniti sayısı artmıştır.

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlardaki Diş Ünitisi Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı

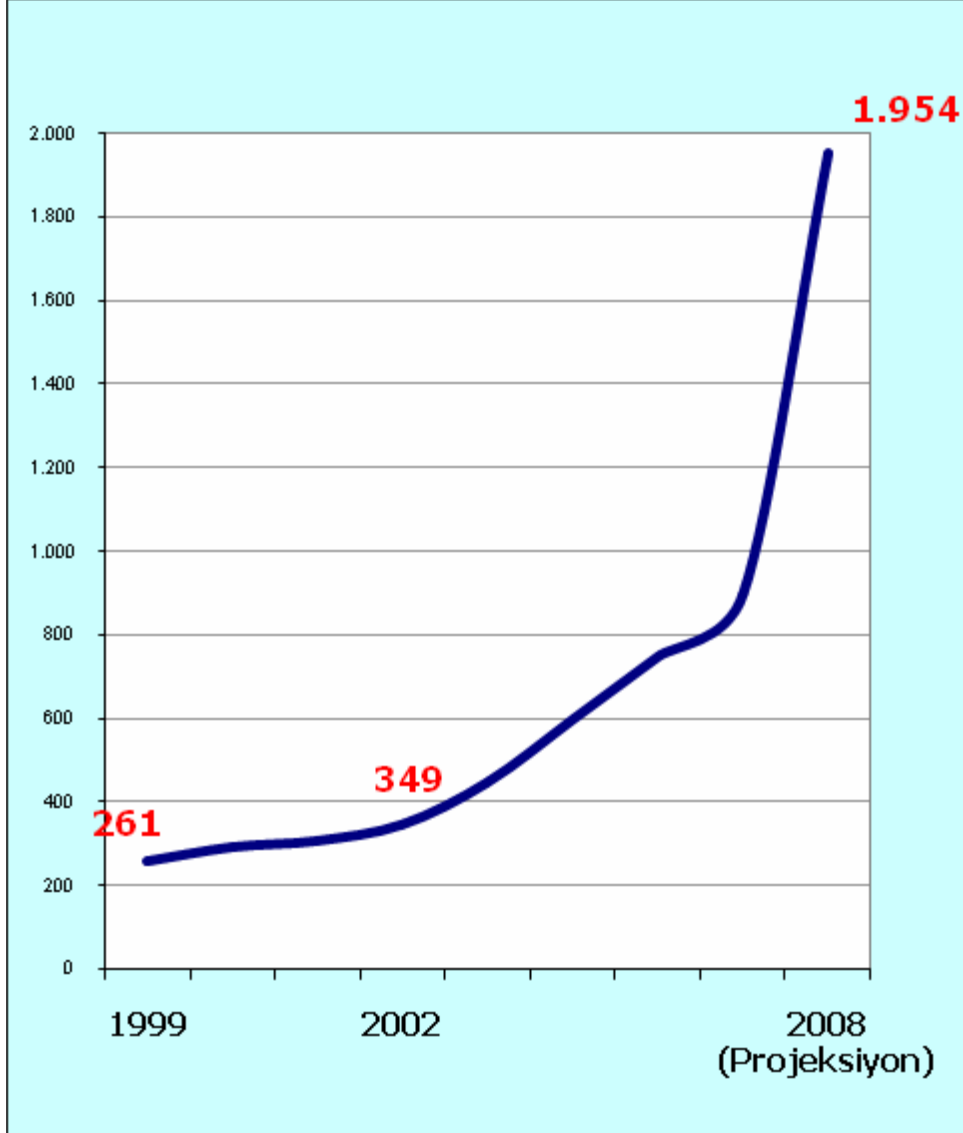
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diş Ünitisi Sayısı	1564	1797	2608	2828	3493	4294	5071	5771	6169

Kamudaki hekim sayısının artması, gerekli donanımın artmasına bağlı olarak kamu kuruluşlarında yapılan diş tedavilerinin nitelik ve niceliği de değişmiştir. Önceden genellikle sadece diş çekimi ve hareketli protezlerin yapıldığı kamu kuruluşlarında, ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerinin açılmasıyla dolgu, sabit protezler, kanal tedavisi, ortodontik tedaviler, periodontolojik tedaviler, çeşitli cerrahi tedaviler gibi birçok tedavi yapılmaya başlanmıştır. Bu artış diş hekimliğinin performansa dayalı ek ödeme sistemindeki payını arttırmıştır.



Şekil 2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Yapılan Dolgu Sayısı (Bin)

Kaynak: Ekici 2013:46



Şekil 3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Yapılan Sabit Protez Sayısı (Bin)

Kaynak: Ekici 2013:46

2.3. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Resmi Mevzuatı

Ağız ve diş sağlığı sistemlerini yasal çerçevede düzenleyen temel yasa 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” dur. Etik kurallar ise “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” nde belirtilmiştir.

Resmi gazetede yayınlanan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” un “Diş Tabipleri” isimli ikinci faslında diş hekimliği mesleğiyle ilgili maddelerden oluşur (1219 sayılı kanun)

“İKİNCİ FASIL

Diş tabipleri (...)

Madde 29 – (Değişik: 11/12/2010-6088/1 md.) Diş tabibi, insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir. Diş tabipliğinin herhangi bir dalında münhasıran uzman olmak ve o unvanı ilan edebilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmak şarttır. “

29. madde de diş tabipliği mesleğinin yetkisi açıklanmaktadır. Daha sonra yapılan değişikliklerle diş hekimliğinde uzman olmak için gereken şartlar açıklanmıştır.

“Madde 30 – Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi unvanını taşıyabilmek için Türk olmak ve Türkiye Darülfünunu Dişçi Mektebinden diploma almak lazımdır.”

30. maddede diş hekimliği mesleğini icra edebilmek mezun olunması gereken yükseköğretim kurumu belirtilmiştir.

“Madde 31 – (Değişik: 7/6/1935 - 2764/2md.) Yabancı memleketlerdeki diş hekim mekteplerinden izinli Türk diş hekimlerinin Türkiye'de sanatlarını yapabilmeleri için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından ve Üniversite Tıp Fakültesi Profesörler Meclisinden ve Diş Hekimi Mektebi profesörlerinden seçilmiş bir jüri heyeti tarafından hüviyetlerine bakıldıktan sonra diplomalarının Türkiye Diş Hekimi Mektebi ders programının ve öğrenim süresinin aynı veya benzeri bir mektepten bütün sınaç devreleri geçirilerek alınıp alınmamış olduğu araştırılır. Bu şartlarda alınmış olduğu anlaşılan diplomalar kabul edilip Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıınca onaylanarak kütüğe geçirilir ve iyelerinin sanat yapmalarına izin verilir. Bu şartlara uygun olarak alınmamış diplomaların iyeleri Diş Hekimi Mektebi profesörleri karşısında ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından gönderilecek bir işyar da bulunduğu halde teori ve pratikten bir sınaç geçirirler. Bu sinacın şekli Sağlık ve Sosyal Yardım ve Kültür Bakanları tarafından beraberce kararlaştırılır. Ancak Türkiye'de Diş Hekimi Mektebi Ders programlarına ve öğrenim süresine göre okumamış olanlar eksiklerini tamamlamak üzere Diş Hekimi Mektebinde okuduktan

ve staj gördükten sonra sınaca girerler. Sınavları başaranların sanat yapmalarına usulüne göre izin verilir.”

31. maddede ise yurtdışında eğitim görmüş diş tabiplerinin ülkemizde diş tabibi mesleğini yapabilmeleri için denklik işleminin nasıl yapılacağını açıklamaktadır.

32. ve 33. madde yapılan değişikliklerle mülga edilmiştir.

*“Madde 34 – Tabipler diş çekmeğe ve dişler üzerine iptidai tedavi tatbikına ve diş etlerine ait her nevi hastalıkları tedaviye mezun iseler de doğrudan doğruya dişçilik etmek istiyen ve o suretle icrayı sanat ettiğini ilan eden bir tabip behemehal Dişçi Mektebinde verilmiş bir ruhsatnameyi hamil olmalıdır. Ruhsatname bir sene müddetle Dişçi Mektebine devam ile tatbikat gördükten sonra bilimtihan ita olunur.
“*

34. maddede tabiplerin doğrudan diş tabibi mesleğini yapabilmeleri için ruhsatname almaları gerektiği ve bu ruhsatname için yapılması gerekenler açıklanmaktadır.

“Madde 35 – Diş tabipleri ve dişçiler Eczaneler Kanununa müteferri talimatnamede gösterilen mevaddı reçete ile eczanelerden alabilirler. Reçete ile alınması mecburi olup da salifüzzikir talimatnamede münderiç olmıyan maddeleri muhtevi reçete yazamazlar.”

35. maddede diş tabiplerinin reçete yazma yetkisi açıklanmıştır.

“Madde 36 – Bir mahalde sanatını icra etmek istiyen bir diş tabibi veya dişçi icrayı sanata başladığından itibaren azami bir hafta zarfında isim ve hüviyetini, diploma veya ruhsatname tarih ve numarasını ve muayenehane ittihaz ettiği yeri havi bir ihbarnameyi o mahallin en büyük sıhhiye memuruna vermeğe mecburdur. Muayenehanenin nakli halinde en az yirmi dört saat evvel nakil keyfiyetini ihbar edecektir.”

36. maddede diş hekiminin serbest piyasada hekimlik yaparken iş yeri ruhsatnamesi veya diplomasını mahallindeki sağlık idaresinin en üst yetkilisine bildirme zorunluluğu açıklanmıştır.

37. ve 38. madde yapılan değişikliklerle mülga edilmiştir.

“Madde 39 – Usul ve nizamına tevfikân iktisap edilmedikçe hiç bir diş tabibi veya dişçi talim ve tedrise delalet eden veya her hangi surette olursa olsun hakikate tevafuk etmeyen bir sıfat ve unvanı ilan edemez.”

39. maddede diş tabibinin gerçeğe aykırı bir unvanı kullanamayacağı açıklanmıştır.

“Madde 40 – İcrayı sanat eden diş tabipleri ve dişçiler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle reklam ve saire yapmaları memnudur.”

40. maddede diş tabiplerinin reklam yapmasının yasak olduğu açıklanmıştır.

“Madde 41 – (Değişik: 23/1/2008-5728/26 md.) Kişisel çıkar amacı olmasa bile diplomasız olarak diş hekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan, diş hekimliği klinik hizmetleri ile ilgili işyeri açanların meslek icraları durdurulur. Bu kimseler hakkında üç yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur.”

41. maddede sahte diş hekimliği mesleğini icra edenlere verilen cezalar açıklanmıştır.

“Madde 42 – (Değişik: 23/1/2008-5728/27 md.) Bu Kanunun ahkâmına tevfikân icrayı sanata salahiyeti olmayan veya her ne suretle olursa olsun icrayı sanattan memnu bulunan bir tabip veya diş tabibi veyahut dişçi, dişçilik sanatını icra ederse beşyüz Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası verilir.”

42. maddede yasaklanmış bir diş tabibinin mesleği yapması durumunda verilecek ceza açıklanmıştır.

“ Madde 43 – Bir diş tabibi veya dişçinin mütaaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi memnudur.”

43. maddede bir diş hekiminin birden fazla yerde kendi muayenehanesini açarak çalışmasının yasak olduğu bildirilmiştir.

“Madde 44 – (Değişik: 23/1/2008-5728/28 md.) 29 uncu maddede hududu gösterilen icrayı sanat salahiyetini tecavüz eden veya 33, 35, 36, 37, 39 ve 40 ıncı

maddeler ahkamına riayet etmeyen diş tabipleri veya dişçilere yüz Türk Lirasından bin Türk Lirasına kadar idarî para cezası verilir. “

44. maddede ilgili bazı kanun maddelerine uymayanlara verilecek idari para cezası açıklanmıştır.

“Madde 45 – (Değişik: 23/1/2008-5728/29 md.) (1) Diş hekimliği mesleğinin icrası için; Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya da devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, (...) (1) zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkûm olmamak gerekir. İcrayı sanata mani ve gayri kabili şifa bir marazı akli ile malul olduğu bilmuayene tebeyyün eden diş tabibi ve dişçiler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve diploma veya ruhsatnameleri geri alınır. (Ek fıkra: 15/8/2017-KHK-694/6 md.; Aynen kabul: 1/2/2018-7078/6 md.) Millî Savunma Bakanlığı ile Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi nam ve hesabına diş hekimliği fakültelerinde okuyan diş hekimi subaylardan yükümlülük süresini tamamlamadan mahkeme veya disiplin kurulu kararına dayanılarak ilişiği kesilenler, kalan yükümlülük süresince diş hekimliği mesleğini icra edemezler.”

45. maddede çeşitli suçlardan dolayı diş hekimliği mesleğini yapamayacaklar açıklamaktadır.

“Madde 46 – Diş tabipleri ve dişçilerin muayenehanelerinde çalışan ve dişçilik etmek salahiyeti olmıyan eşhasın hastalara tedavi tatbik etmesi ve sair suretlerle müdahale yapması memnudur. Muayenehanelerinde bu gibi salahiyetsiz kimselerin dişçilik sanatını icra etmesine müsaade eyliyen diş tabipleri ve dişçiler hakkında "44" üncü madde ahkamı tatbik edilir.”

46. maddede diş hekimi yanında çalışan personelin hastalara müdahale etmesinin yasak olduğunu ve müdahale yapması halinde verilecek ceza açıklanmaktadır.

Genel anlamda bakacak olursak, 29. ve 30. maddelerde diş hekimliği mesleğini yapmanın şartları açıklanmıştır.

41. madde de ise gerekli belgeleri olmadan diş tabibi mesleğini yapmaya kalkan sahte diş hekimlerine verilecek cezalar yer almıştır.

Daha önce diş hekimliğinde uzmanlık kavramı kanunda yapılan değişikliklerle diş hekimliğinde uzmanlık kavramı 29. Maddeye eklenmiştir (Hakeri).

Resmi gazetede yayınlanan 6225 sayılı “Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” un 9. Maddesi ile 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” a ek madde eklenerek diş protez teknikerinin ve ağız ve diş sağlığı teknikerinin görev tanımı yapılmıştır (Resmi gazete 6225 Sayılı Kanun).

“Ağız ve diş sağlığı teknikeri; meslek yüksekokullarının ağız ve diş sağlığı programından mezun; hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır halde tutulmasını sağlayan sağlık teknikeridir.

Diş protez teknikeri; meslek yüksekokullarının diş protez programından mezun; diş tabibi tarafından alınan ölçü üzerine, çene ve yüz protezlerini, ortodontik cihazları yapan ve onaran sağlık teknikeridir. (madde 9)”

4.10.1999 tarihi ve 23846 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik” te özeld hizmet veren ağız ve diş sağlığı kuruluşlarının ilgili mevzuatı belirlenmiştir. Ancak kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için özel bir düzenleme bulunmamaktadır. 03.02.2015 tarih ve 29256 sayılı resmi gazetede “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” yayınlanmıştır. (Resmi Gazete sayı:29256). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında önemli fikirler verecek bir yönetmeliktir.

Yönetmeliğin 4. Maddesinde çeşitli tanımlamalar yapılmıştır.

“b) A tipi ADSM: Mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan birden fazla diş hekimi/uzman ortaklığı veya en az % 51 hissesi diş hekimi/uzman ortaklığı bulunan tüzel kişiler tarafından açılan hizmet birimleri doğrudan birbiriyle

bağlantılı olacak şekilde oluşturulan ve bu Yönetmelik ile belirlenen asgari şartları taşıyan sağlık kuruluşunu,”

A tipi ADSM için %51 hissesi diş hekimi veya uzman diş hekimi olması gerektiği açıklanmıştır.

“c) A tipi poliklinik: En az iki diş hekimi tarafından müştereken açılabilen ve işletilebilen, hizmet birimleri doğrudan birbiriyle bağlantılı olacak şekilde oluşturulan ve bu Yönetmelik ile belirlenen asgari şartları taşıyan sağlık kuruluşunu,”

A tipi poliklinik için en az iki diş hekimi tarafından açılabileceği, hizmet birimlerinin birbirleri ile bağlantılı olması gerektiği açıklanmıştır.

Yönetmeliğin 5. Maddesinde ise sağlık kuruluşlarının türleri ve açabilecek kişiler açıklanmıştır.

“Sağlık kuruluşlarının türleri

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kuruluşları A tipi ADSM, A tipi poliklinik ve muayenehaneden oluşur.”

Ağız ve diş sağlığı kuruluşlarının özel sektörde 3 farklı kuruluş olarak kurulabileceği açıklanmıştır.

“Muayenehane

MADDE 6 – (1) Muayenehane, bir diş hekimi/uzman tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere şahıs adına açılan, bu Yönetmelik ile belirlenen asgari şartları taşıyan sağlık kuruluşudur. Şirket tarafından muayenehane açılamaz.”

Muayenehanelerin bir diş hekimi tarafından açılabileceği, şirketler tarafından açılmayacağı açıklanmıştır.

“Poliklinik ve ADSM

MADDE 7 – (1) B tipi poliklinik, bu Yönetmelikten önce ruhsatlandırılan ve en az iki diş hekimi tarafından müştereken işletilen sağlık kuruluşudur.

(2) B tipi ADSM bu Yönetmelikten önce ruhsatlandırılan mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan birden fazla diş hekimi/uzman ortaklığı tarafından işletilen sağlık kuruluşudur.”

B tipi ADSM bu yönetmelikten önce açılan en az iki diş hekimi tarafından işletilen ağız ve diş sağlığı kuruluşları olarak tanımlanmıştır.

“(3) A tipi poliklinik en az iki diş hekimi/uzman kadrosuyla açılır ve en az iki diş üniti bulunur. A Tipi ADSM en az beş diş hekimi/uzman kadrosuyla açılır ve en az beş diş üniti bulunur.”

A tipi poliklinik için en az 2 diş üniti olması gerektiği, A tipi ADSM için en az 5 diş hekimi kadrosu ile en az 6 diş üniti olması gerektiği açıklanmıştır.

Yönetmelikte ruhsatın nasıl verileceği, kurumlar için gereken fiziki şartlar, denetimi gibi pek çok konuda açıklama yapılmıştır.

13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” ndeki 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı değişiklikte ağız ve diş sağlığı merkezlerinin tanımı yapılmıştır.

“Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” nün 06.10.2010 tarihli “Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” konulu yazısında ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında önemli tanımlamalar ve planlamalar yapılmıştır. Genelge dönemin bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafından imzalanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı).

Genelgede birçok tanım yapılmıştır.

“Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri: Ağırlıklı olarak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri olmak üzere, tedavi edici diş hekimliği hizmetlerinin de verildiği, idari ve mali bakımdan bir eğitim araştırma hastanesi ya da devlet hastanesine bağlı entegre sistem ile çalışan hizmet birimleri,”

Ağız ve diş sağlığı poliklinikleri poliklinik düzeyindeki ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan birimler olarak tanımlanmıştır.

“Diş Tedavi ve Protez Merkezi: Koruyucu ve tedavi edici diş hekimliği hizmetlerinin verildiği bünyesinde diş protez laboratuvarında bulunan, idari ve mali

bakımdan devlet hastanesine, eğitim ve araştırma hastanesine, ağız ve diş sağlığı merkezine, ağız ve diş sağlığı hastanesine veya ağız ve diş sağlığı eğitim araştırma hastanelerine bağlı olarak açılan entegre sistem ile çalışan hizmet birimleri,”

Diş tedavi ve protez merkezleri yönetim olarak üst bir sağlık kuruluşuna bağlı içerisinde diş protez laboratuvarı olan birimler olarak tanımlanmıştır.

“Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi: Diş hekimliğinin tüm branşlarında, muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği, en az 20 diş üniti kapasiteli, hasta yatağı

bulunmayan, entegre sistem ile çalışan, müstakil idaresi ve döner sermayesi olan idari açıdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumları,”

Ağız ve diş sağlığı merkezleri, kendi içerisinde yönetimi olan en az 20 ünit kapasiteli yataksız ağız ve diş sağlığı kurumları olarak tanımlanmıştır.

“Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi: Diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu vetedavi edici sağlık hizmetleri ile gününbirlik ve/veya yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra ileri tetkik ve tedavilerinin de uygulandığı, ameliyathanesi bulunan ve tıbbın diğer branşlarından gerekli uzman hekimlerin sürekli ya da konsültan olarak çalışabildiği, en az 50 standart ünitli ve en az 5 hasta yatağı bulunan entegre sistem ile çalışan idari açıdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile ağız ve diş sağlığı poliklinikleri de açılabilen müstakil yataklı sağlık kurumları,”

Ağız ve diş sağlığı hastaneleri, en az 50 ünitli, yataklı, çeşitli tıp hekimlerinin de çalışabildiği ağız ve diş sağlığı kurumları olarak tanımlanmıştır.

“Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde verilen hizmetlerin yanında diş hekimliği ve ilgili alanlarında eğitim, öğretim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği, yüksek lisans veya doktora eğitiminin de verilebildiği, en az 100 en çok 200 diş üniti ve en az 10 en çok 50 hasta yatağı bulunan, klinik sistemi ile çalışan, Bakanlığa bağlı müstakil sağlık kurumu ya da üniversitelere bağlı sağlık tesisleri,”

Ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri, uzman yetiştiren, yataklı, klinik sistemle çalışan, bakanlığa veya üniversitelere bağlı ağız ve diş sağlığı kurumları olarak tanımlanmıştır.

İlgili genelgede personel istihdamına ilişkin bilgilerde yer almaktadır.

“İllerde kamuda çalışan her diş hekimine 7000 nüfus düşecek şekilde nihai planlama yapılarak personel dağıtım cetvelinin yeniden oluşturulması, bu planlanmada illerin merkezlerinde ve güçlendirilmiş ilçelerde hizmetin daha yoğun olması sebebiyle, bu hizmet birimlerinde tasarlanan diş hekimi sayısının %10 fazlasının planlanması, sağlık bölgelerinde, bağlı olduğu illere oranla bölge merkezine %10 fazla diş hekimi planlanması”

Diş hekimi istihdamı için her 7000 kişiye bir diş hekimi hesaplanması gerektiği açıklanmıştır. Güçlendirilmiş ilçelerde ise bu sayının %10 fazla hesaplanması gerektiği açıklanmıştır.

“Diş hekimliği hizmet birimlerinde görev alan hemşire oranının buralarda görevlendirilmesi planlanan diş klinik yardımcısı istihdamı oranında aşağıya çekilmesi, diş hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı eğitim araştırma hastanelerinde ise yataklı serviste ve ameliyathanelerde yeterli düzeni sağlayacak kadar hemşire istihdamına devam edilmesi,”

Diş hekiminin yanında hizmet biriminde çalışan hemşireler yerine diş klinik yardımcılarının istihdamının arttırılması gerektiği açıklanmıştır.

“Uzman Diş Hekimi Planlaması:

Yeni yapılanma ile oluşturulacak ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde Yüksek Öğretim Kurulunca kabul görmüş diş hekimliği ana bilim dalı veya yan dallarda uzmanlık eğitimi verilmesi sağlanarak; 2023 yılına kadar mevcut diş hekimi sayısının %30’u oranında uzman diş hekimi planlaması yapılması ve bu uzmanların öncelikli olarak Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde istihdam edilmesi,”

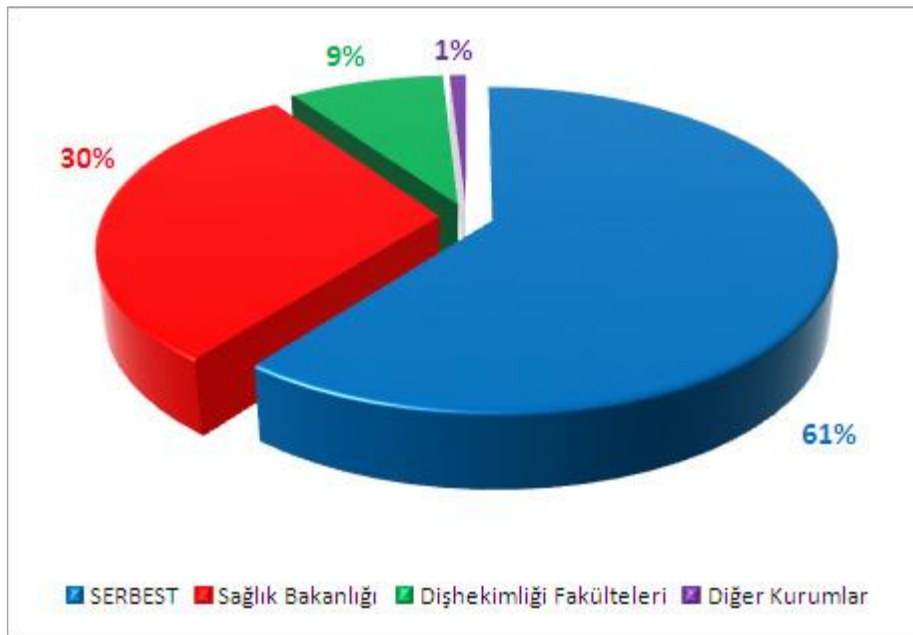
Uzman diş hekimi sayısının arttırılması gerektiği ve 2023 yılına kadar diş hekimi sayısının %30 unun uzman diş hekimi olması, öncelikle uzmanların kamuda istihdamının amaçlandığı açıklanmıştır.

İlgili genelgede önemli yeni tanımlamalar yapılmıştır. Diş hekimi sayısının nasıl belirleneceği açıklanmıştır.

2.4. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulanması

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin uygulanması kamudaki diş hekimleri ve özel sektördeki diş hekimleri ile sağlanmaktadır.

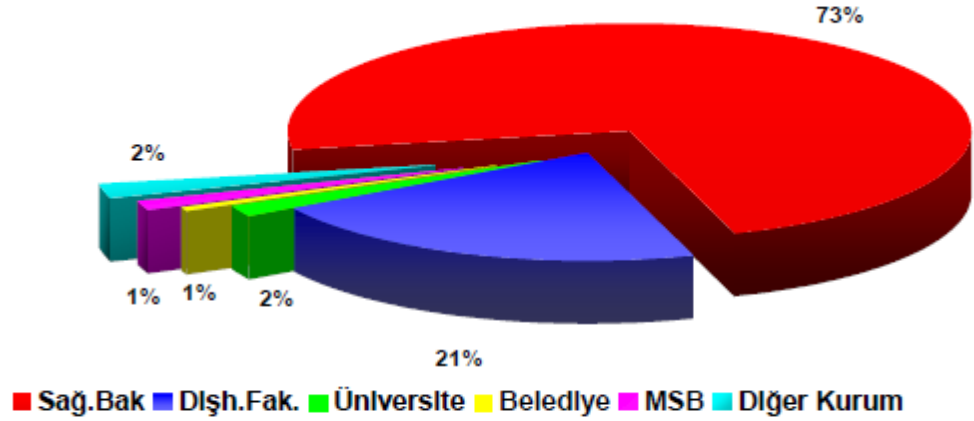
“Türkiye Diş Hekimleri Birliği” nin verilerine göre 2011 Haziran ayında toplam aktif diş hekimi sayısı ülkemizde 23170 dir. 9348 i kamuda, 13822 si ise serbest diş hekimi olarak çalışmaktadır (TDB 2010:10).



Şekil 4. Diş Hekimlerinin Çalıştığı Kurumlar

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

Aynı çalışmanın kamudaki diş hekimleri sayısındaki dağılımı ise şu şekildedir. Sağlık Bakanlığı 6812, fakülteler 1996, Milli Savunma Bakanlığı 119, belediyeler 65, üniversite 147 ve diğer kamu kurumlarında ise 209 diş hekimi çalışmaktadır (TDB).



Şekil 5. Kurumlara Göre Diş Hekimi Sayısı

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

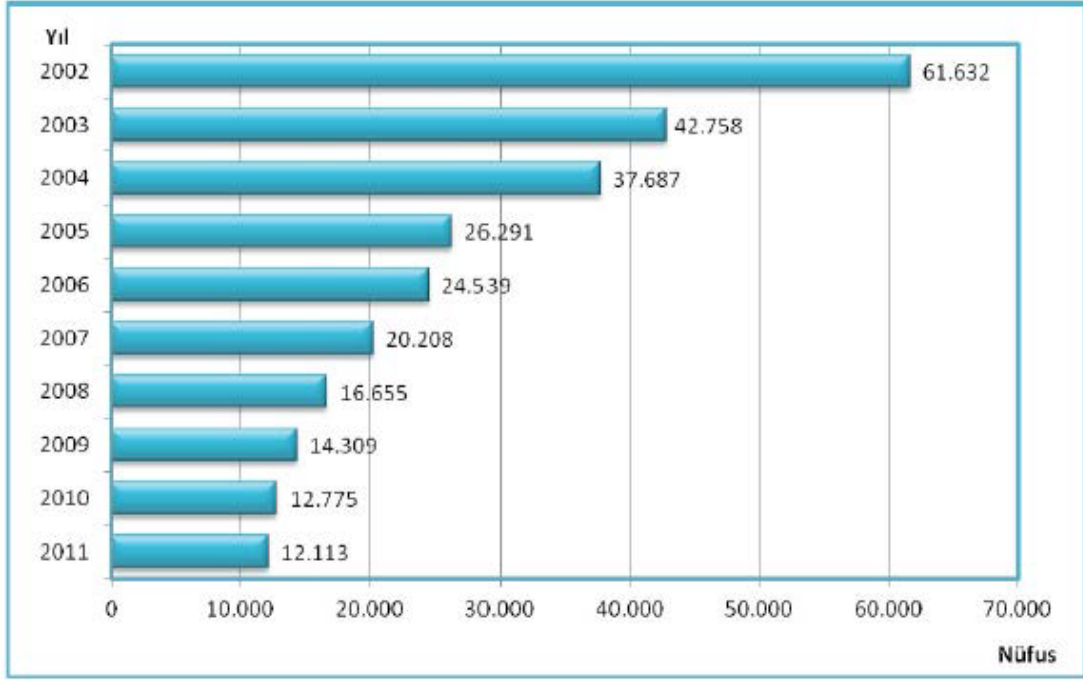
Kamudaki ağız ve diş sağlığı hizmetlerine talepte büyük artış olmuştur. Kamudaki sağlık kuruluşlarının artması, performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel diş hekimlerinin işlemlerine ödeme yapmaması kamuya olan ilginin artmasına sebep olmuştur. Kamudaki ağız ve diş sağlığı kurumlarının sayısı da önemli ölçüde artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:75).

Tablo 6. Kamudaki Ağız ve Diş Sağlığı Kurum Sayısı

Kaynak:Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:75

	Diş Hastanesi	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi Diş Tedavi ve Protez Merkezi	Diş Polikliniği	Diş Ünitisi
2002	1	14	103	465	1.071
2003	2	14	101	477	1.564
2004	2	20	99	489	1.797
2005	2	35	107	581	2.608
2006	3	44	106	580	2.828
2007	3	94	96	615	3.493
2008	2	123	77	622	4.294
2009	2	123	85	626	5.071
2010	2	121	96	661	5.771
2011	5	117	84	542	6.169

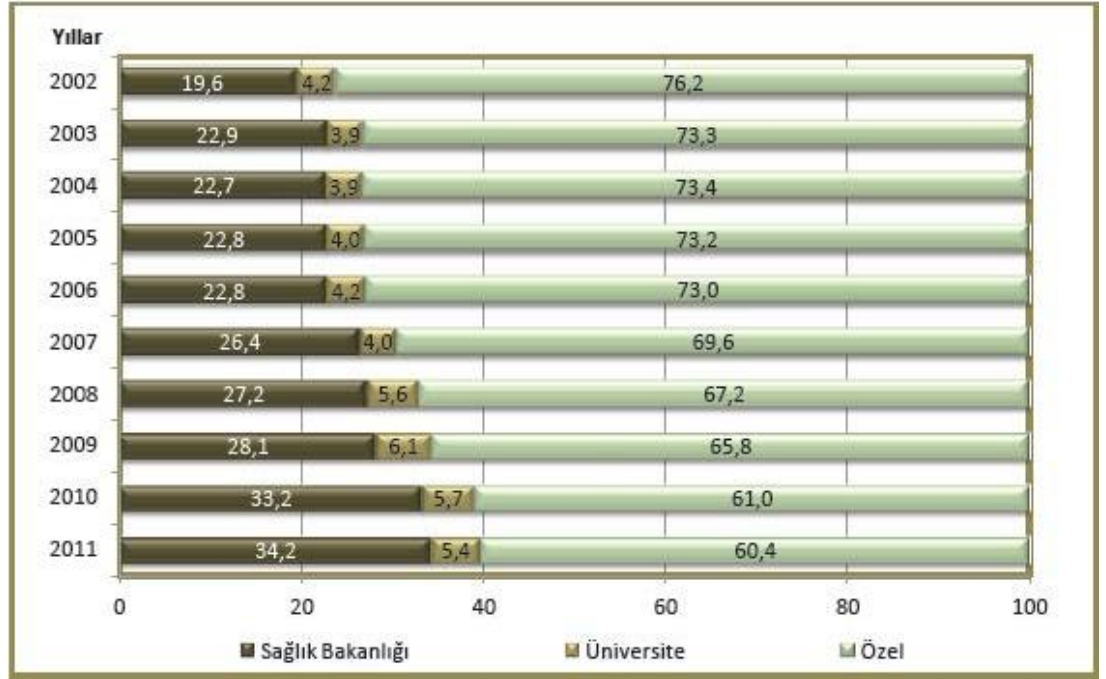
Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumların artmasıyla kamuda çalışan diş hekimi sayısı da artmıştır. Diş üniti başına düşen nüfusta yıllar içinde azalmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:76).



Şekil 6. Diş Üniti Başına Düşen Nüfus

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:76

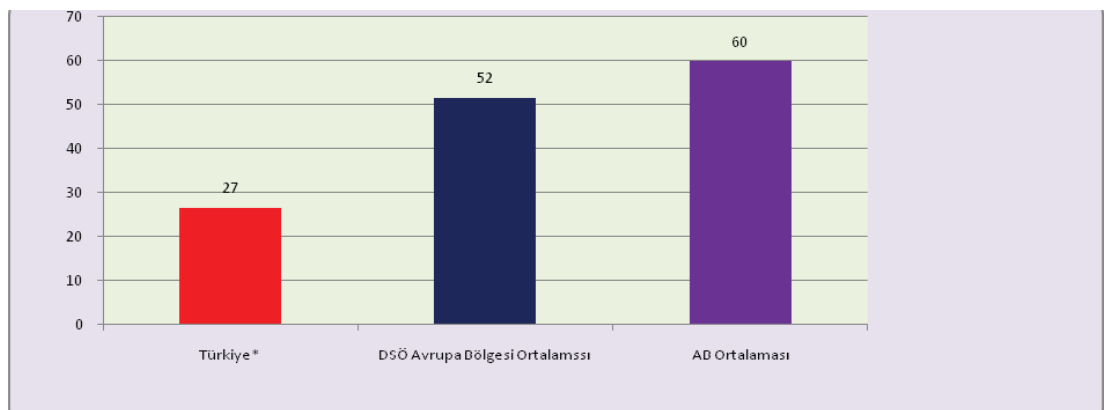
Yıllar içerisinde kamuda, özel sektörde ve üniversitelerde çalışan diş hekimi sayısı değişime uğramıştır (Ekici 2013:58).



Şekil 7. Sektörlere Göre Dış Hekimi Oranının Dağılımı

Kaynak: Ekici 2013:58.

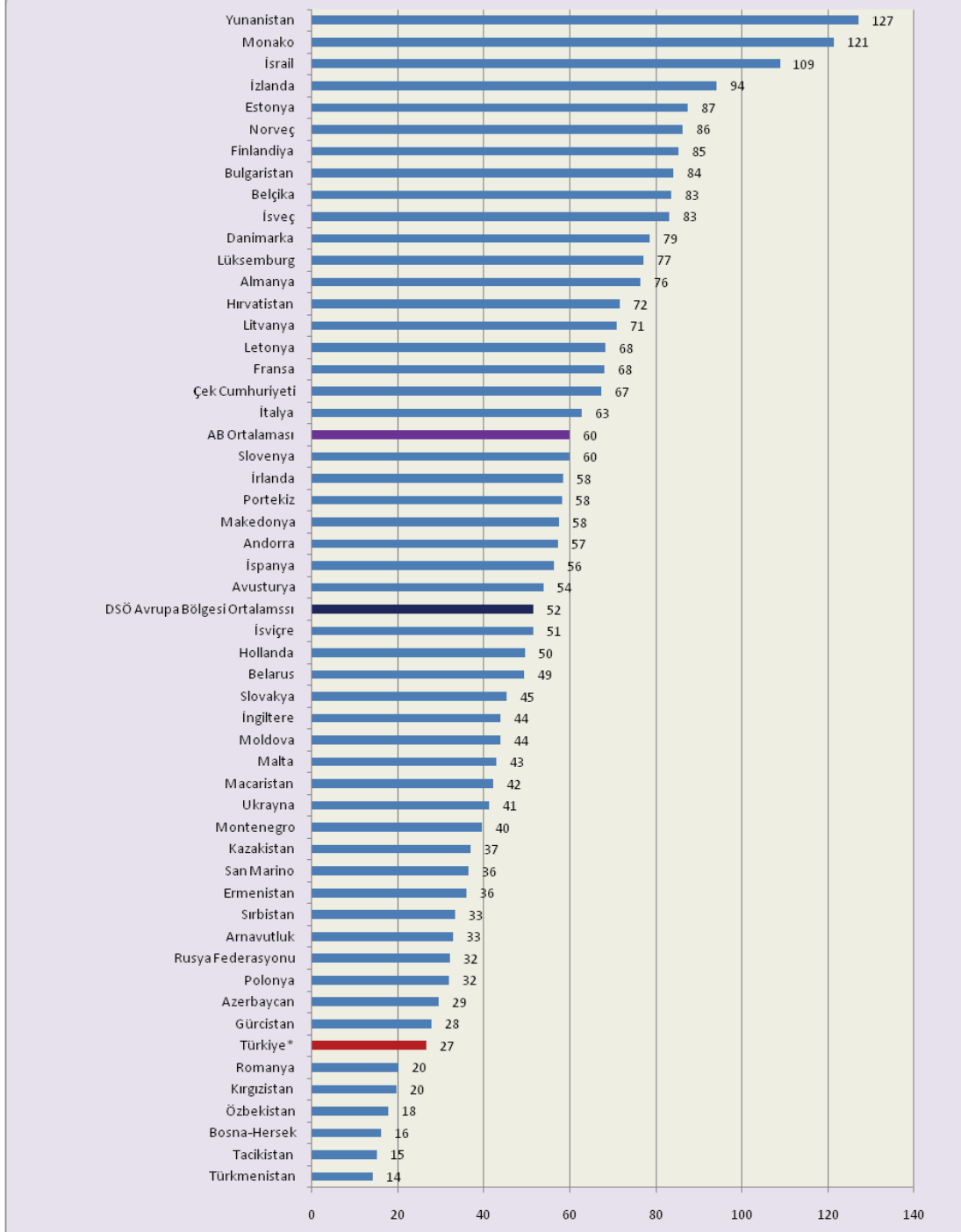
Dış hekimi sayısına bakıldığında ülkemiz Avrupa Birliği'nin gerisindedir. Avrupa Birliği ülkelerinde ortalama 100.000 kişiye 60 dış hekimi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde ortalama 52 dış hekimi ve Türkiye'de ortalama 27 dış hekimi düşmektedir (Who/European 2009).



Şekil 8. 100.000 Kişiye Düşen Dış Hekimi Sayısının Karşılaştırılması

Kaynak: Who/European HFA Database

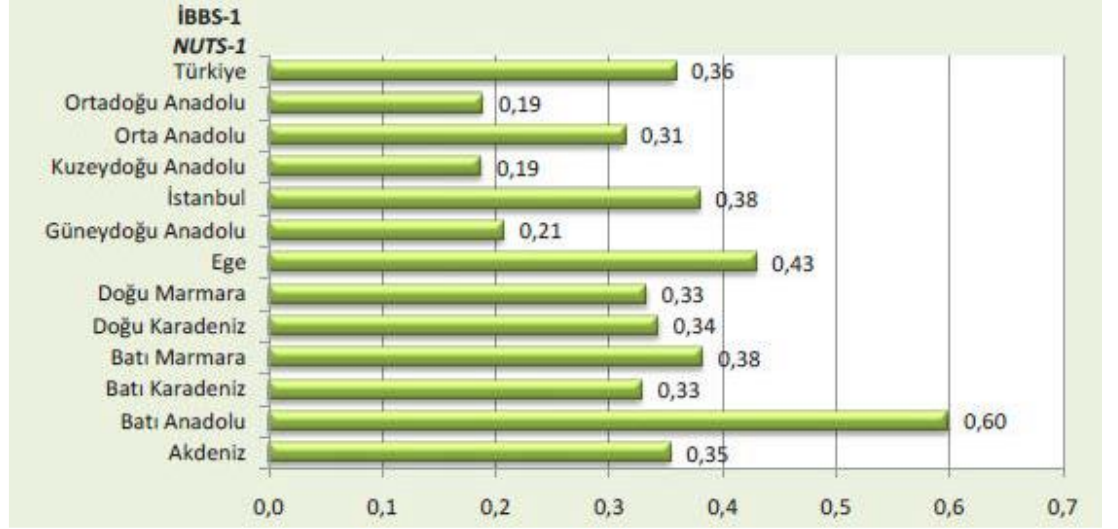
Diş hekimi sayısı bakımından 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 27 dir. Bu sayı dünyanın Avrupa kıtası ülkelerinin ortalamasının genel olarak altındadır. Yunanistan 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 127 olarak tespit edilmiştir ve en yüksek ortalamaya sahiptir (Who/European 2009).



Şekil 9. 100.000 Kişiye Düşen Ortalama Diş Hekimi Ülkelere Göre Sayıları

Kaynak: Who/European HFA Database

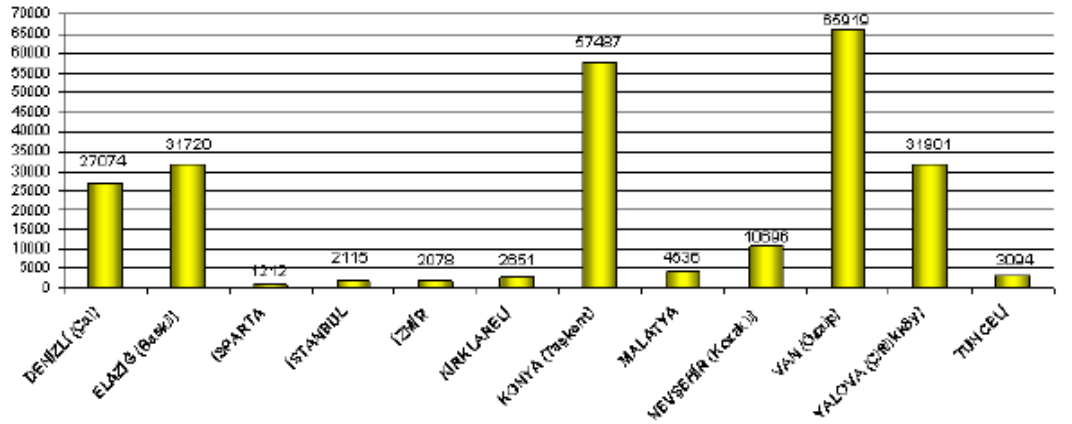
Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Ülkenin batısında kişi başına düşen diş hekimi sayısı ülkenin doğusu ile kıyaslandığında daha fazladır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010:82).



Şekil 10. Coğrafi Bölgeye Göre 1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010:82

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin verilerine göre iller arasında diş hekimi sayıları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Batı illerinde ve büyük illerde genelde kişi başına düşen diş hekimi sayısının daha çok olduğu görülmektedir (TDB).



Şekil 11. Bazı İllerde Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus Miktarı

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

2.5. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Harcamaları

Ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ekonomisi karmaşık bir yapıdadır. Ağız ve diş sağlığı harcamalarında hem özel hem kamusal anlamda harcamalar yapılmaktadır.

Kamusal anlamda Sosyal Güvenlik Kurumu harcamaların büyük kısmını karşılamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun finansman açıkları her yıl genel bütçeden karşılanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007:178-179).

Sağlık harcamalarına yönelik ekonomik raporlar 20. Yüzyılın sonlarında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü" tarafından "Ulusal Sağlık Hesapları" çalışması ortaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHMM 2004).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 verilerine göre ülkemizde gayri safi yurtiçi hasıla 950.354 milyon TL, sağlık için yapılan harcamalar ise 57.740 milyon TL olarak hesaplanmıştır. Sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %6,1 olarak hesaplanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın gayri safi yurtiçi hasıladaki 2008 yılı içerisindeki payı %1,26 dır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010:125).

Kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması 812 TL dir. Bu harcama kaleminin 593 TL lik kısmı kamu tarafından yapılan sağlık harcamasıdır (Age). 2008 yılına ait sağlık harcamalarına ilişkin tablo aşağıda yer verilmiştir.

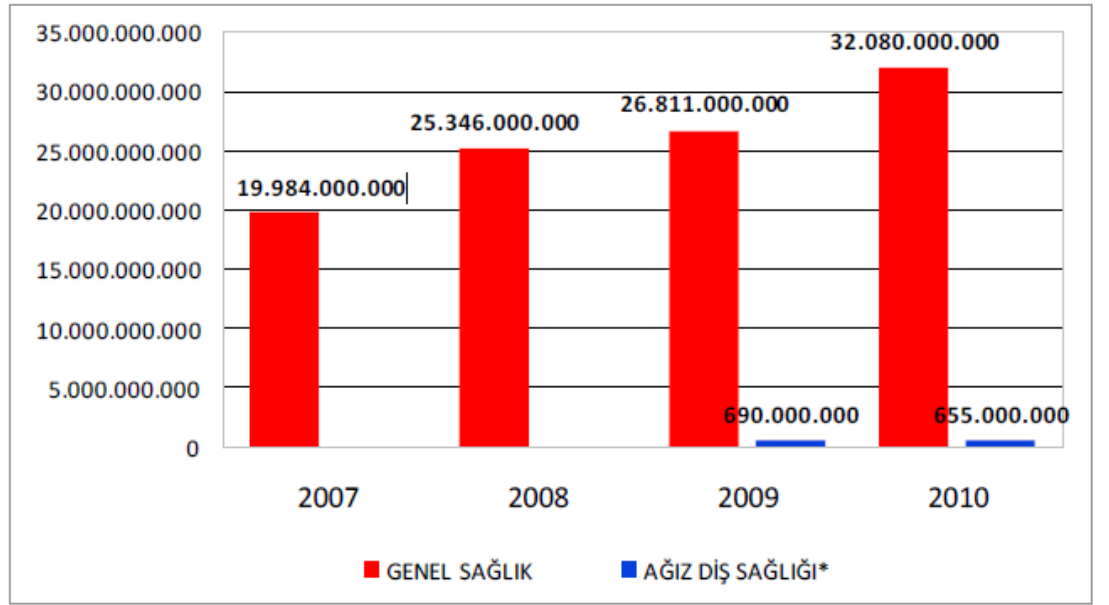
Tablo 7. Sağlık Harcamaları (Kişi Başı)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.

Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı (%)	1.26
Kamu Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)	4.44
Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)	1.64
Kişi Başına Düşen Yıllık Kamu Sağlık Harcaması (TL)	593
Kişi Başına Düşen Yıllık Özel Sağlık Harcaması (TL)	219
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması(Kamu+Özel)(TL)	812
Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması(TL)	141
Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının	
Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)	17.4

TÜSİAD'ın 2004 yılındaki çalışmasına göre ağız ve diş sağlığı harcamaları sağlık için yapılan harcamaların %8 lik kısmını oluşturmaktadır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde ise bu oran %10 olarak hesaplanmıştır (TÜSİAD 2004:105).

Sosyal Güvenli Kurumu tarafından 2008 yılında sağlığa yapılan harcamaların %2,5 i, 2009 yılına baktığımızda ise %2 lik kısmı ağız ve diş sağlığı için yapıldığı görülmektedir. Özel diş hekimi ödemeleri bu oranların hesaplaması içerisinde yer almamaktadır (TDB 2010).

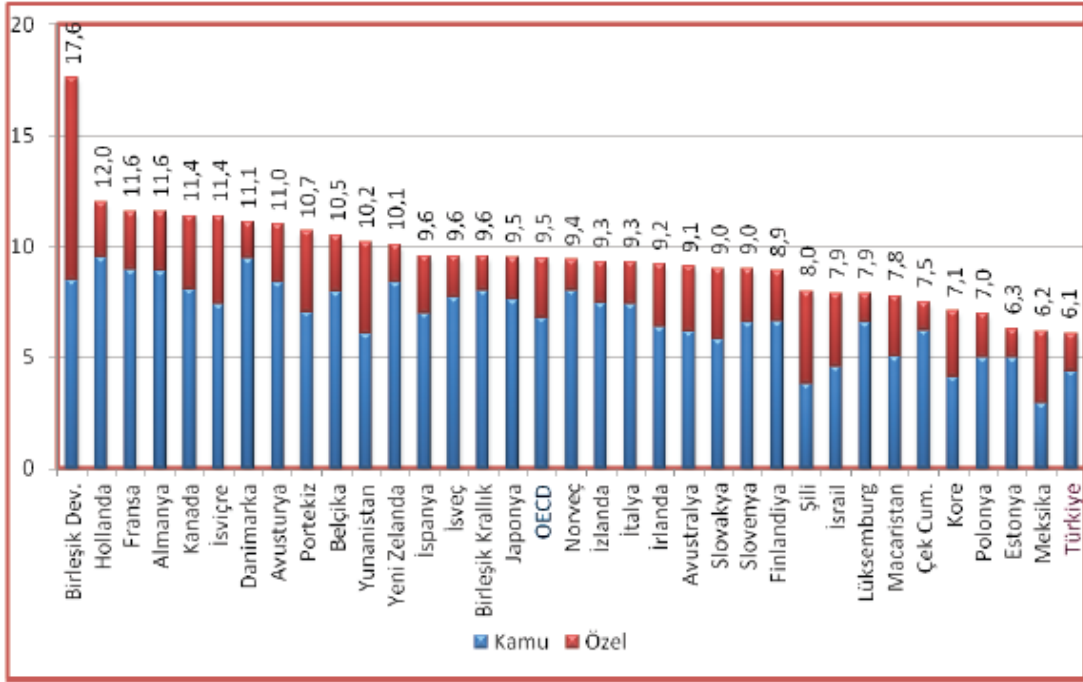


Şekil 12. Sosyal Güvenlik Kurumu Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları

Kaynak: Ekici 2013:64.

Özelde yapılan ağız ve diş sağlığı harcamaları da düşünüldüğünde 600 milyon dolarla bir milyar dolar arasında bir harcama olduğu tahmin edilmektedir. Toplumun tüm ağız ve diş sağlığının tedavi masrafının 11 milyar olabileceği tahmin edilmektedir (Oktay 2013:59).

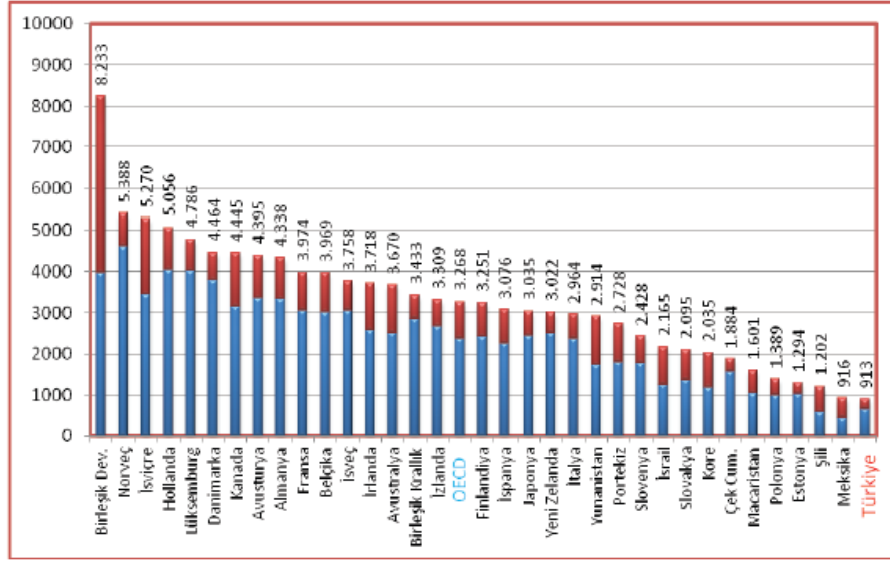
2010 yılında Türkiye'de gayri safi yurtiçi hasılanın %6,1 i sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. OECD ülkelerinin ortalaması ise %9,5 tir. Ülkemiz OECD ülkelerinin ortalamasının altında bir sağlık harcaması yapmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:146).



Şekil 13. Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıladaki Yüzdeleri (OECD Ülkeleri)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:146.

Kişi başına düşen sağlık harcamasında ülkemizde önemli artış olmuştur. Ancak hala OECD ülkelerinin altındadır. Sağlık harcamaları Amerikan Doları bazında ülkemizde 913 dolar iken OECD ülkelerinde ortalama 3268 dolar seviyesindedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:149).



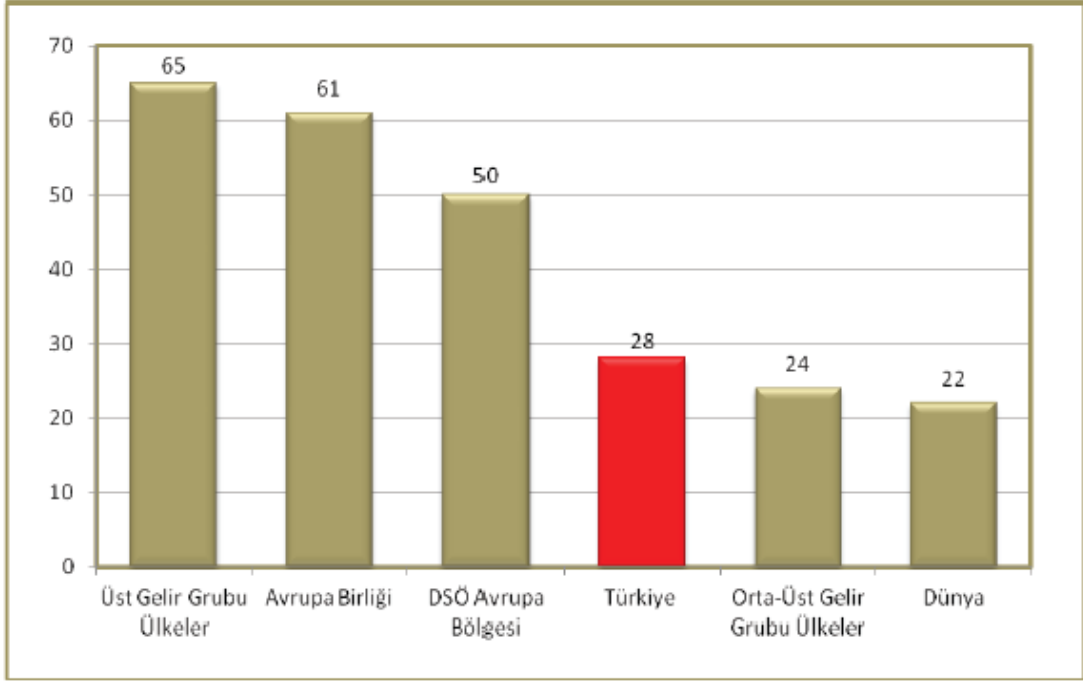
Şekil 14. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (OECD Ülkeleri, Amerikan Doları)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:149.

2.6. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Dair Çeşitli Göstergeler

Diş hekimi mesleğinin istihdamı diğer birçok meslek grubu baz alındığında maliyetli bir meslek grubudur. Doğru yerlerde diş hekimi istihdamı önemli bir husus oluşturmaktadır (Yıldırım 2001:354).

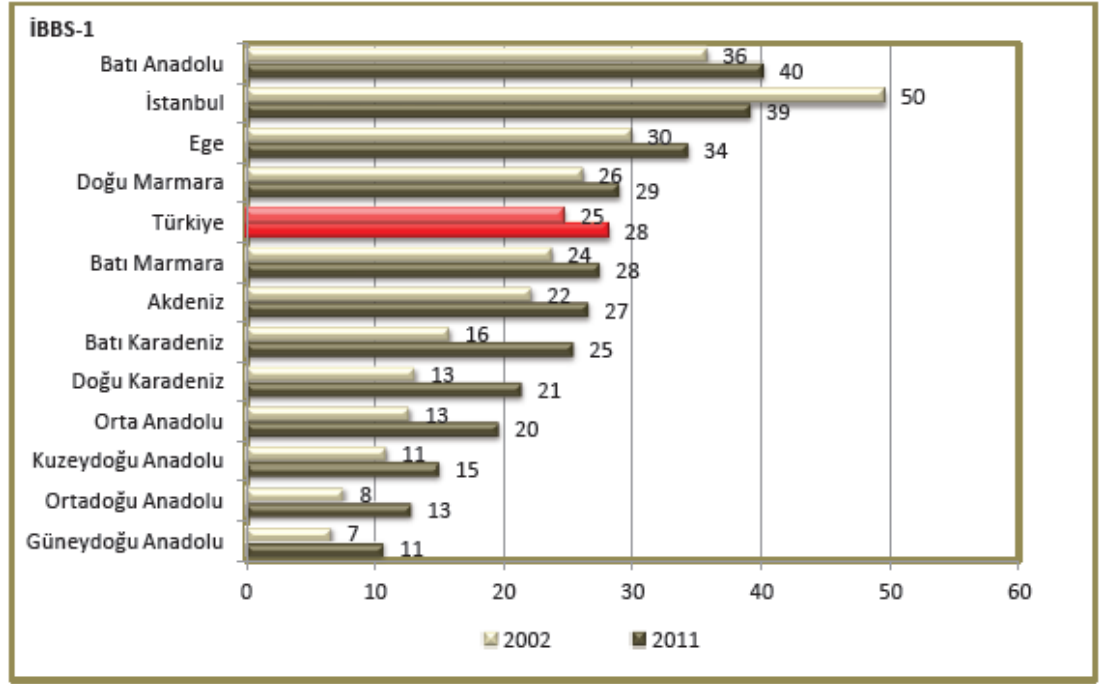
Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizde kişi başına düşen diş tabibi sayısı daha düşüktür. Yüz bin kişiye ülkemizde 2011 yılında 28 diş hekimi düşerken, 2010 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde 61 diş hekimi düşmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:126).



Şekil 15. Kişi Başına Düşen Diş Hekimi Sayısı (100 bin kişiye)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:126.

Çekiç'e göre ülkemizde diş hekimi sayısında önemli bir eksiklik olmayıp, gerekli bölge dağılımında sıkıntı bulunmaktadır. (Çekiç 2001:345). Batı illerinde diş hekimi sayısı fazla iken doğu bölgelerine bu sayı daha düşüktür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:125) .



Şekil 16. Bölgelere Göre Kişi Başına Düşen Diş Hekimi Sayısı(Yüz Bin Kişiye)

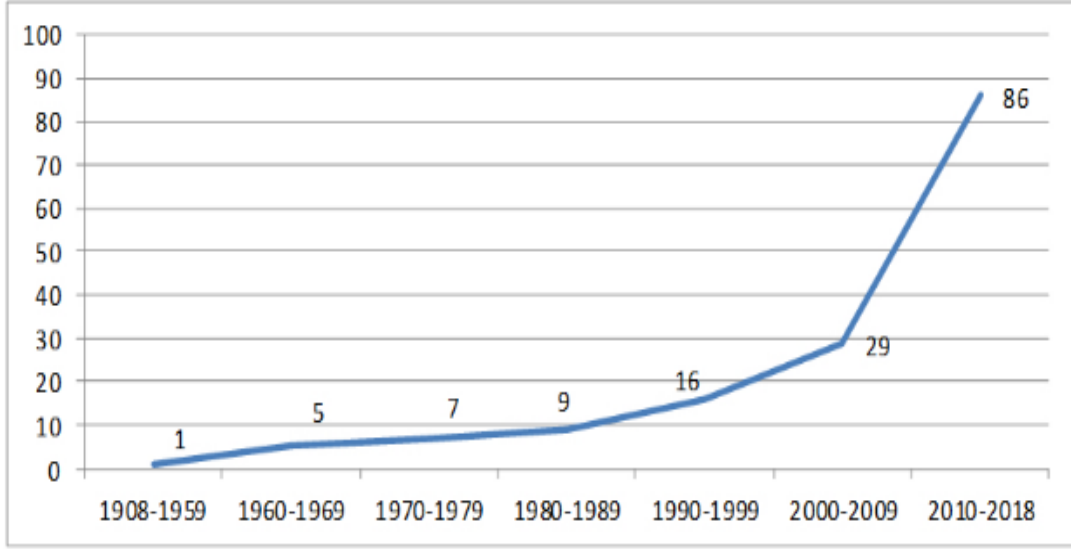
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:125.

2013 yılında ülkemizde 43 adet diş hekimliği fakültesi bulunmaktaydı. Ülkemizde diş hekimliği eğitimi veren diş hekimliği fakültelerinin sayıları düzenli olarak artmaktadır (Ekici, Tengilimoğlu, Işık 2017:370). Günümüzdeki diş hekimliği fakültesi sayısı 2018 itibariyle 86 ya ulaşmıştır (TDB).

Tablo 8. Toplam Diş Hekimi Fakültesi Sayıları (Yıllara Göre)

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

YIL	RESMİ ÜNİVERSİTE	ÖZEL ÜNİVERSİTE
1908-1959	1	-
1960-1969	5	-
1970-1979	7	-
1980-1989	9	-
1990-1999	14	2
2000-2009	24	5
2010-2018	63	23



Şekil 17. Dış Hekimliği Fakülte Sayıları

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

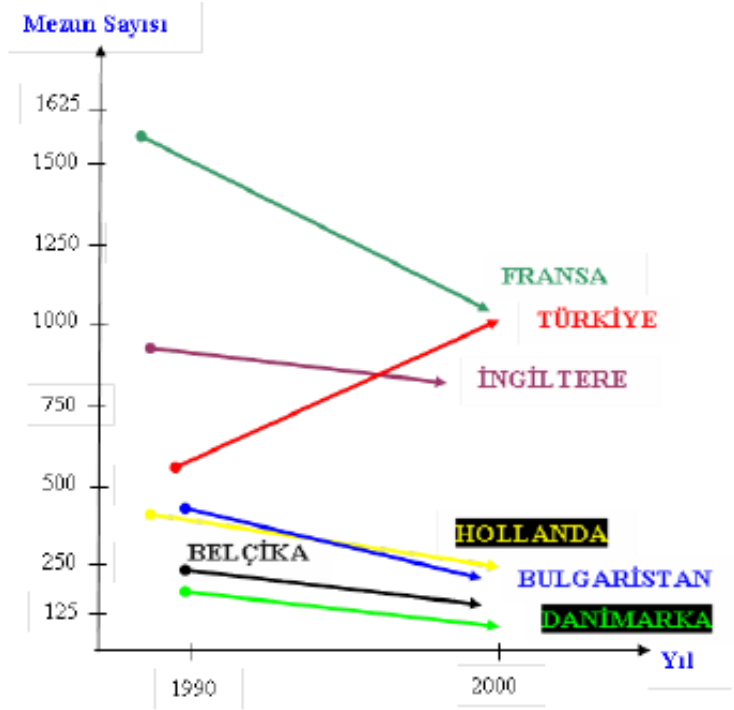
Dış hekimliği fakültelerinin sayısının artmasıyla öğretim üyesi, öğrenci ve mezun sayılarında da artış meydana gelmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:136).

Tablo 9. Dış Hekimliği Fakültesi, Öğretim Üyesi, Öğrenci Sayıları

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:136.

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Halen Eğitimde Olan	Mezun Olan	
2001-2002	14	971	5.167	1.001	597
2002-2003	14	975	5.256	813	605
2003-2004	14	996	5.343	856	605
2004-2005	14	994	5.422	849	664
2005-2006	15	1.030	5.609	855	691
2006-2007	17	1.078	5.873	763	749
2007-2008	18	1.132	5.926	981	808
2008-2009	19	1.458	6.322	994	823
2009-2010	22	1.700	7.082	927	879
2010-2011	27	1.998	7.528	950	945

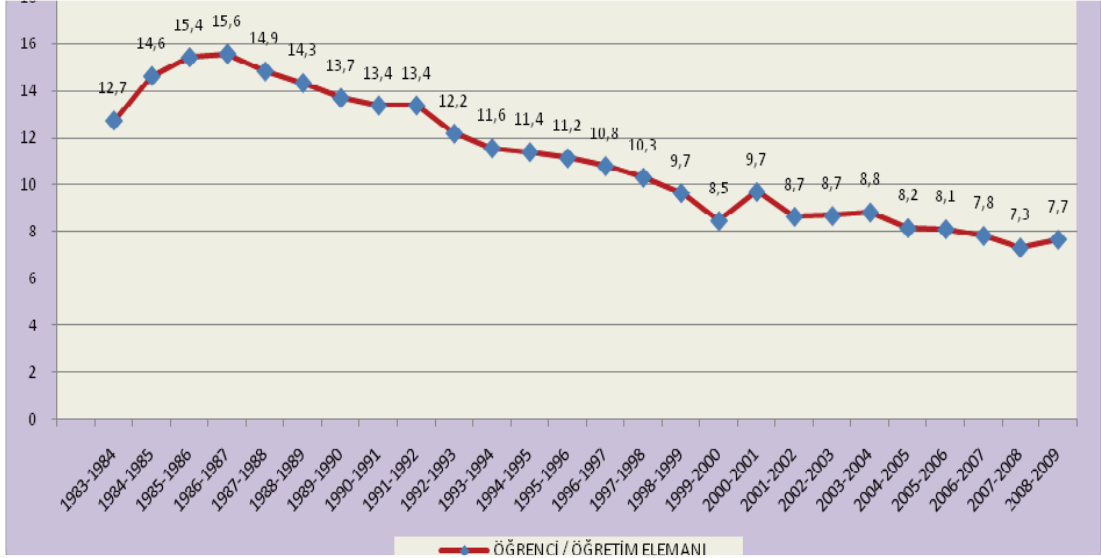
Ülkemizde dış hekimi mezunu sayıları artmaktadır. Bu artış, avrupada bulunan ülkelerdeki mezun sayısına göre artma eğilimi göstermektedir (TDB).



Şekil 18. Bazı Ülkelerle Ülkemizin Dış Hekimi Mezun Sayıları

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

2009 yılı ile 1983 yılları arasına baktığımızda dış hekimliği fakültelerinde öğretim üyesi başına düşen dış hekimliği öğrencisi sayısında ilk yıllarda artmalar olsa da azalma eğilimi olduğu görülmektedir (Yüksek Öğretim İstatistikleri).



Şekil 19. Dış Hekimliğinde Öğretim Üyesi Başına Düşen Dış Hekimi Öğrencisi Sayısı

Kaynak: YÖK İstatistikleri

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus yıllara göre artmakta ve genç nüfus azalmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:3).



Şekil 20. Ülkemizdeki 2000-2016 Nüfus Piramidi

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:3

Yıllar içerisindeki değişime baktığımızda kırsal alandaki nüfusun azaldığı, kentsel nüfusta artma olduğu görülmektedir. Ayrıca kaba ölüm hızı, kaba doğum hızı ve yıllık nüfus artış hızlarında azalma eğilimi bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:4).

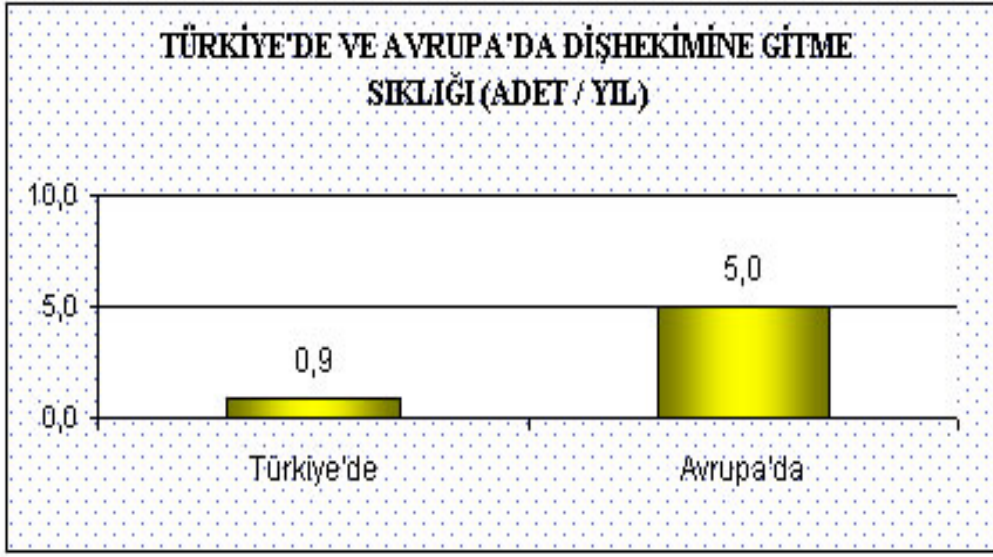
Tablo 10. Ülkemizin Yıllara Göre Demografik Göstergeleri

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:4.

	1990	2000	2013	2014	2015	2016
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	76.667.864	77.695.904	78.741.053	79.814.871
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	13,3	12,8	12,4	12,1
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	86,7	87,2	87,6	87,9
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	24,6	24,3	24,0	23,7
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,7	8,0	8,2	8,3
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)	57,6	46,3	36,3	35,8	35,4	34,9
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş) (%)	7,0	8,8	11,3	11,8	12,2	12,3
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (%)	64,7	55,1	47,6	47,6	47,6	47,2
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	21,7	18,3	13,7	13,3	13,4	13,5
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	21,6	17,0	17,5	17,0	16,5
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	7,3	4,9	5,1	5,2	5,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,5	2,1	2,2	2,2	2,1

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre, 31 Aralık 2018 itibariyle ülkemizin nüfusu 82 milyon 3 bin 882 kişi olarak belirlenmiştir. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre, nüfusun %50,2'si erkek, %49,8'i kadın nüfusu oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni).

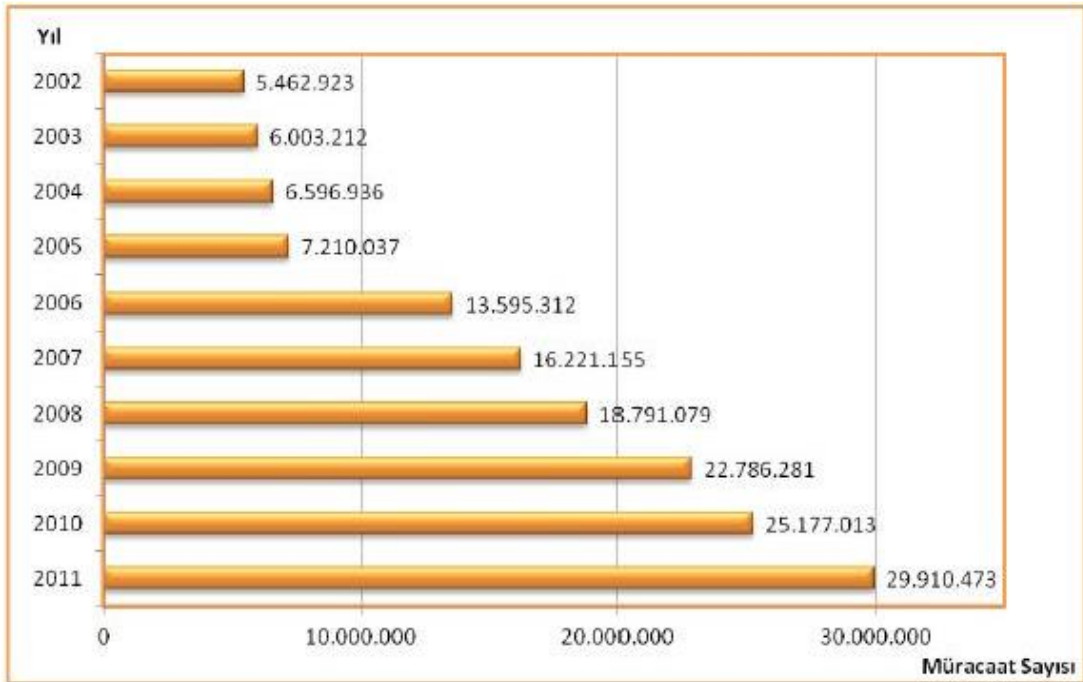
Ülkemizde dış hekime yıllık gitme oranı avrupa ülkelerinin oldukça gerisindedir. 2004 verilerine göre ülkemizde yıllık 0,9 kere dış hekime gidilirken avrupa ülkelerinde bu oran yılda 5 keredir. Birin altında olmakla birlikte bu oran yıllar içerisinde artmaktadır (TDB).



Şekil 21. Diş Hekimine Gitme Sıklığı

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

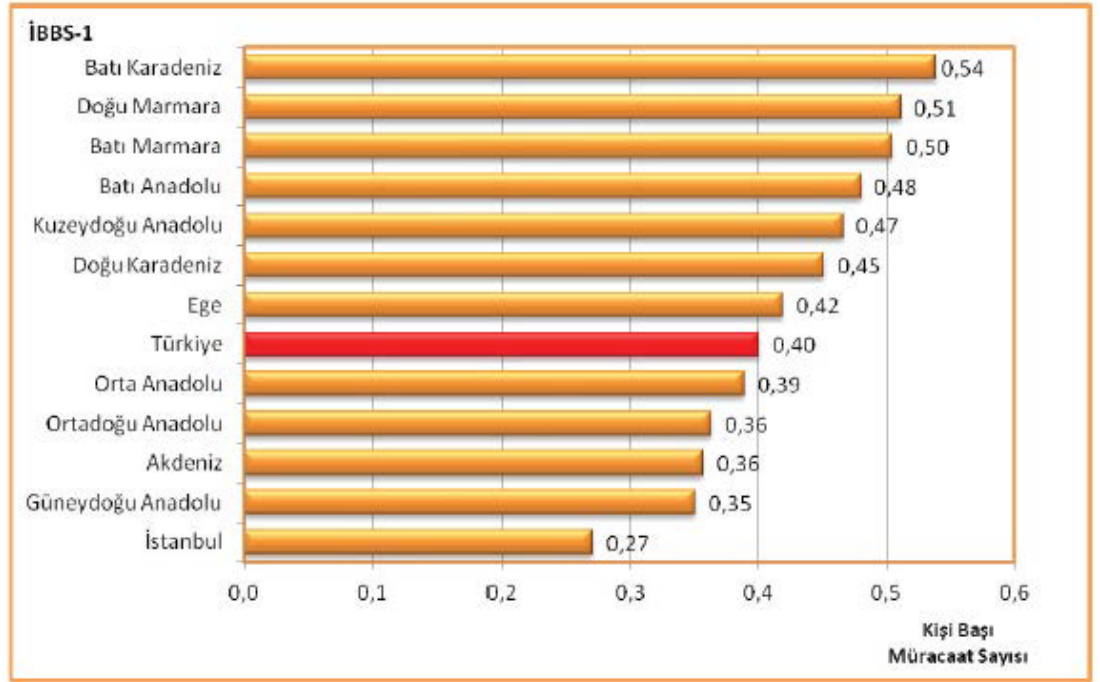
Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı kurumlarına başvuru sayısı yıllar içerisinde artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:91).



Şekil 22. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarına Başvuru Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:91

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı kurumlarına kişi başı müracaat sayısı bölgelere göre farklılık göstermektedir. İstanbul diğer bölgelerin altında müracaat sayısına sahiptir. Özel diş hekimliğinin Sağlık Bakanlığı kurumlarına göre daha fazla tercih edilmesi bu oranı düşürdüğü tahmin edilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:92).

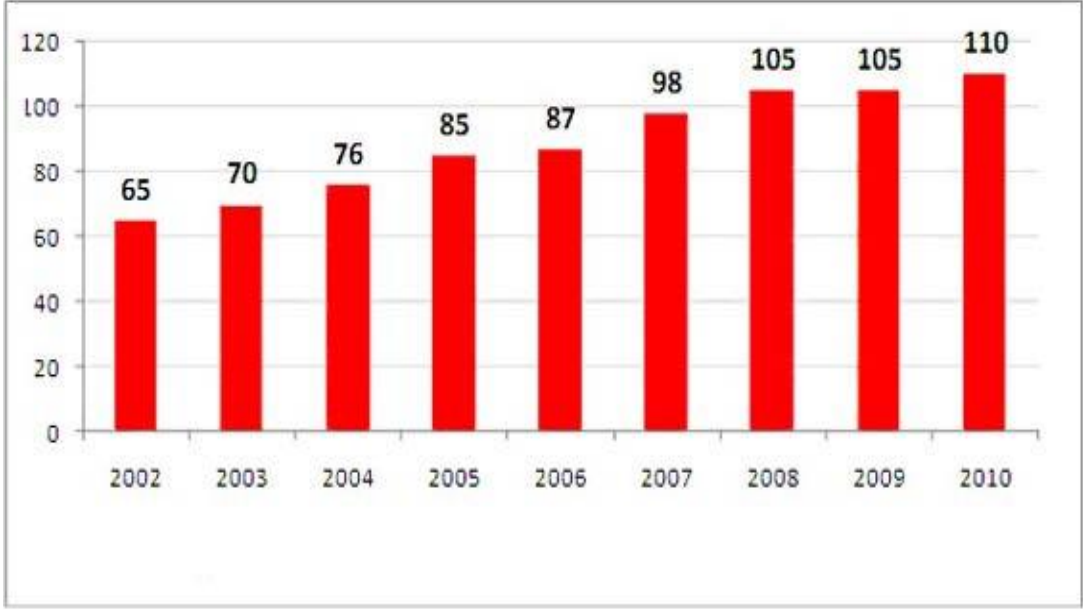


Şekil 23. Diş Hekimine Kişi Başı Başvuru Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:92

Ülkemizde diş macunu kullanımı gelişmiş ülkelere baktığımızda daha düşük seviyelerdedir. 1987 yılına baktığımızda Almanya, İngiltere ve Danimarka'da 400 gram, İsviçre'de 500 gram iken ülkemizde 1998 verilerine göre yıllık kişi başı diş macunu tüketimi yalnızca 50 gramdır (Saydam vd. 1990:3).

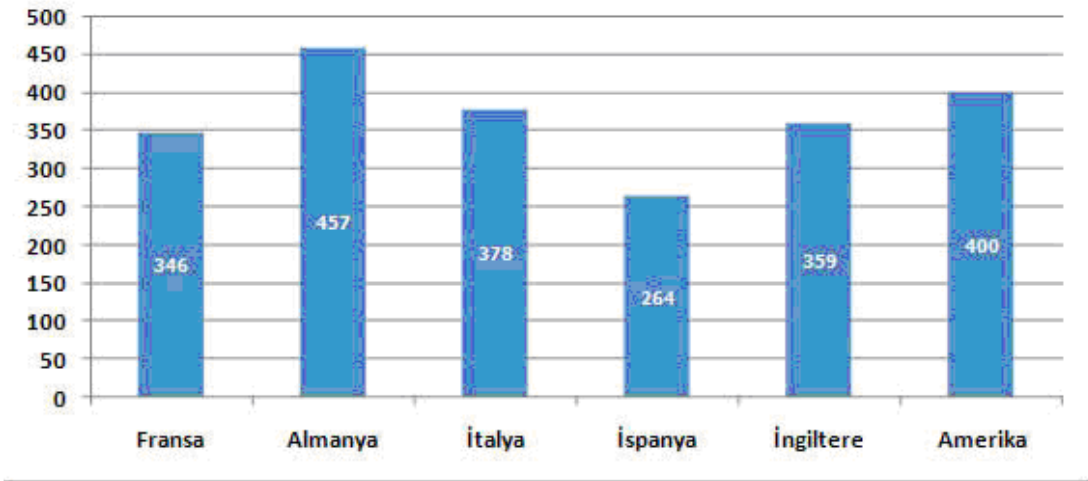
Ülkemizde yıllık diş macunu tüketimi gelişmiş bazı ülkelerin gerisinde olsa da yıllar içerisinde artma eğilimi göstermektedir (TDB).



Şekil 24. Ülkemizde Diş Macunu Tüketimi (Yıllık-Gram)

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

Batı ülkelerinde ise diş macunu yıllık kullanım oranı ülkemize göre oldukça yüksektir (TDB).

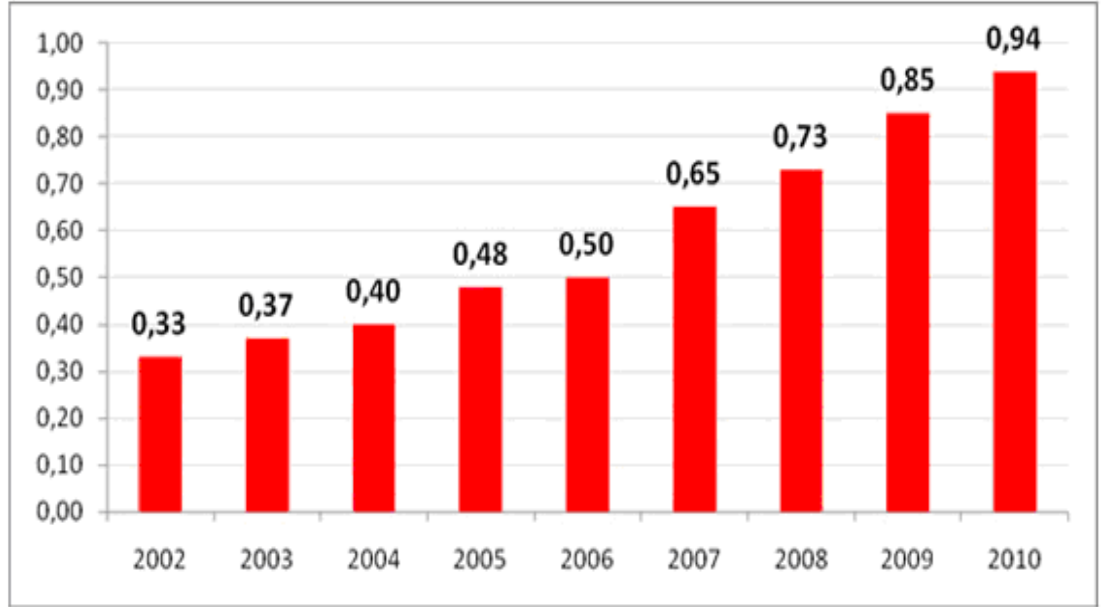


Şekil 25. Bazı Ülkelerin Kişi Başına Düşen Diş Macunu Kullanımı (Yıllık-Gram)

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

Ülkemizde kişi başına düşen yıllık diş fırçası kullanım oranı ise oldukça düşük seviyelerdedir. 2002 yılında yıllık 0,33 yani yaklaşık 3 yılda bir diş fırçası

kullanımı bulunmaktayken bu oran 2010 yılına gelindiğine 0,94 seviyesine ulaşmıştır. Ancak bu rakam hala 1'in altındadır (TDB).



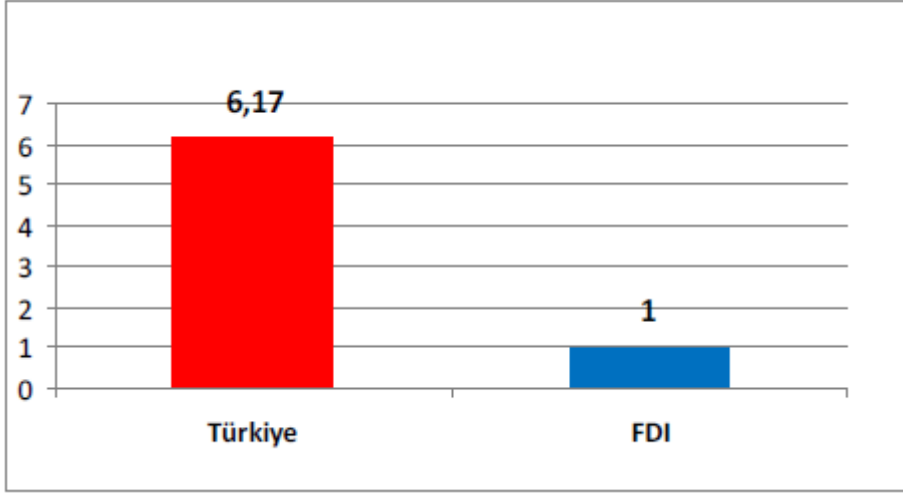
Şekil 26. Ülkemizde Kişi Başına Düşen Diş Fırçası Kullanımı Sayısı (Yıllık)

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

Ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli temel ölçütlerle ağız ve diş sağlığı hakkında önemli bilgilere ulaşılabilir. Bu ölçütler için çeşitli araştırmalar ülkemizde yapılmaktadır. Araştırmalarda hatalık şiddeti, düzeyi, prevalansı, tedavisi konusunda çeşitlilikler belirlenir (Sheiam, Spencer 2002:37-54).

DMFT indeksi decayed (çürük), missing (kayıp), filled (dolgulu) dişlerin toplamını ifade eder. Dünya Diş Hekimleri Birliği (FDI) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 12 yaş grubu için DMFT'nin 3'den fazla olmamasını belirtmiştir. 2020 yılı için bu iki kuruluşla birlikte Uluslararası Diş Araştırmaları Birliği (IADR), ağız ve diş sağlığı için çeşitli hedefler ortaya koymuştur (Hobdell vd. 2003:285).

TDB verilerine göre ülkemizde 0-14 yaş grubunda DMFT değeri 6,17'dir. FDI hedefi ise 1.0'dir (TDB).



Şekil 27. Ülkemizde 2011 DMFT indeksi ve FDI Hedefi

Kaynak: TDB, www.tdb.org.tr

2.7. Ülkemizdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Dair Güncel Veriler

Sağlık Bakanlığı'nın son verileri 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda sunulmuştur. Bu başlık altındaki verilerin birçok tablo ve şekil yardımıyla açıklanmasına özen gösterilmiştir.

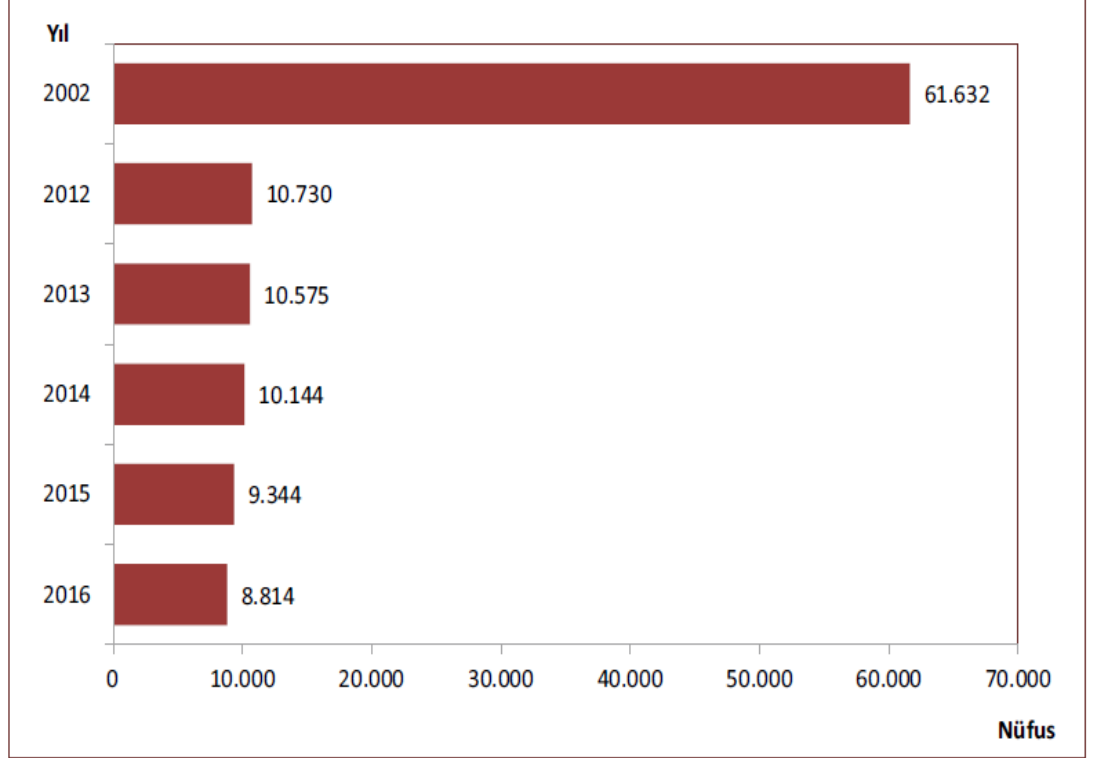
Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2016 yılında ülkemizde 2799 adet ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum, 21230 adet diş ünitesi bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:124).

Tablo 11. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar

Kaynak:Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:124

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	130	4.398	-	-	73	792	203	5.190
Diş Hastanesi	16	1.259	-	-	3	90	19	1.349
Diş Eğitim Hastanesi	3	347	42	4.568	-	-	45	4.915
Diş Polikliniği (Hastane)	787	3.051	19	315	212	451	1.018	3.817
Diş Polikliniği	-	-	-	-	1.514	5.959	1.514	5.959
Toplam	936	9.055	61	4.883	1.802	7.292	2.799	21.230

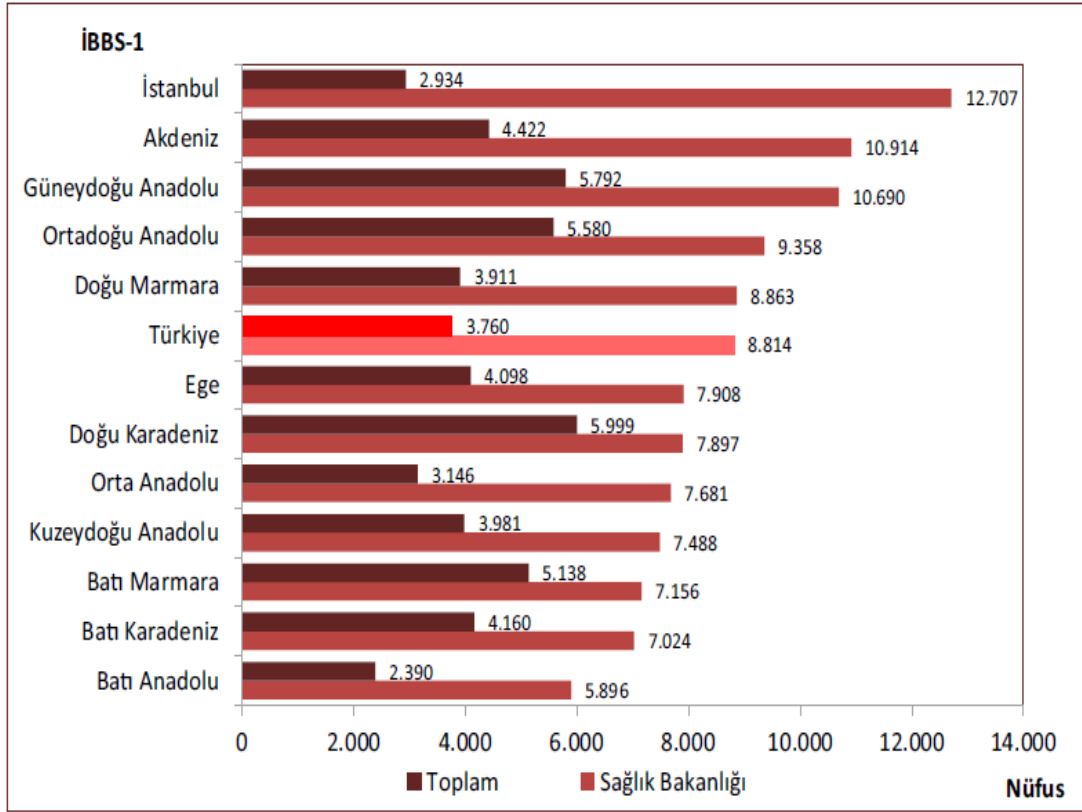
Yıllar içerisinde diş üniti başına düşen hasta sayısında azalma olmuştur. 2002 yılında bu sayı 61632 iken bu sayı 2016 yılında 8814'e düşmüştür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:125).



Şekil 28. Sağlık Bakanlığı Diş Üniti Başına Düşen Nüfus Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:125

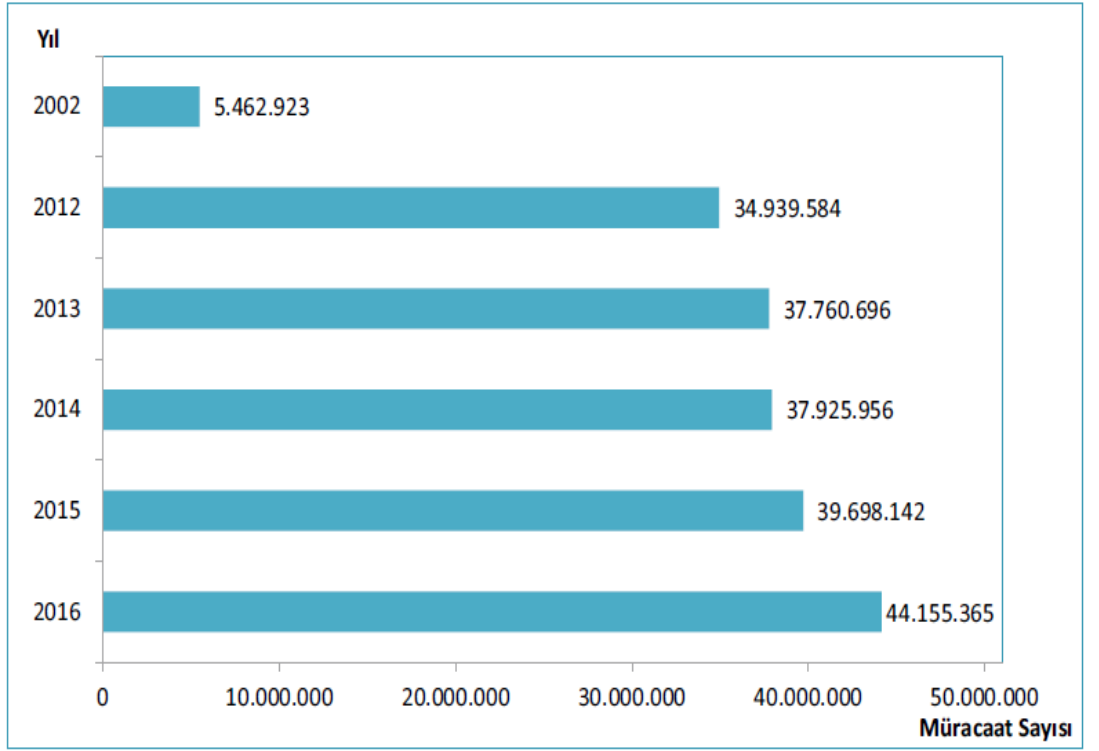
Diş üniti başına düşen nüfus özel sektörlerde dahil edildiğinde ülkemiz ortalaması 3760 kişidir. Özellikle İstanbul'da özel sektörün yoğunluğu sebebiyle diş üniti başına düşen nüfus önemli ölçüde düşmüştür (Age).



Şekil 29. Tüm Sektörlerle Diş Ünitisi Başına Düşen Nüfus

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:125

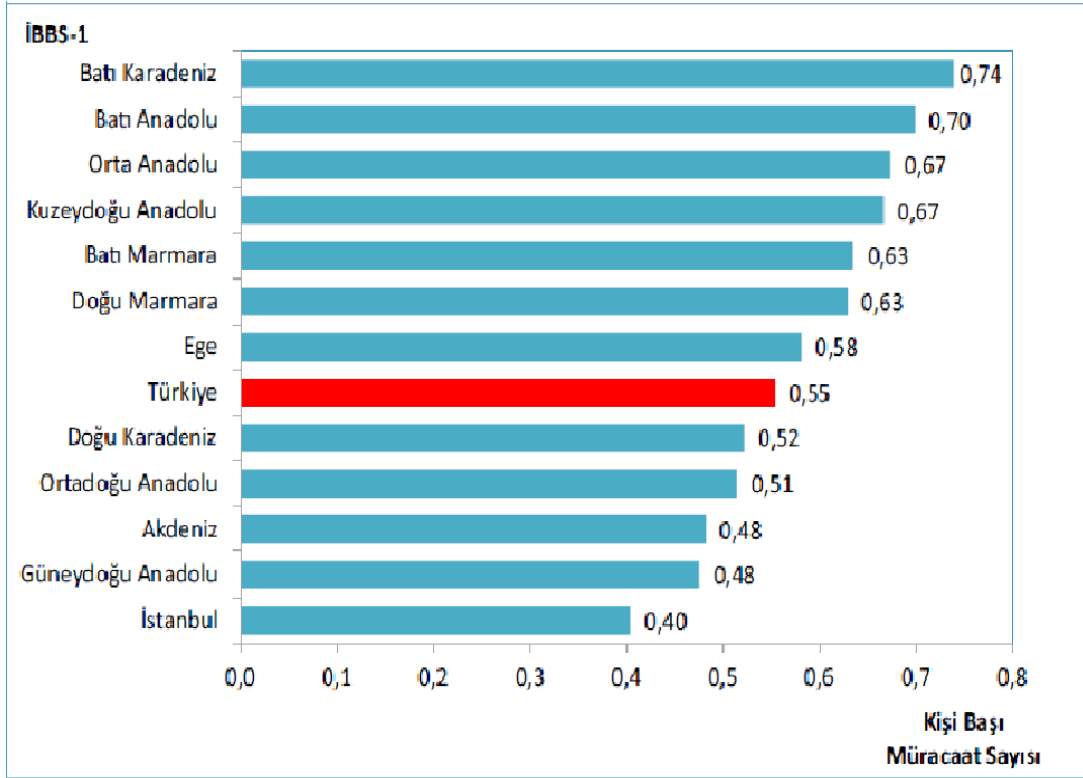
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan başvuru sayısı 2002 yılında 5462923 iken bu rakam yıllar içerisinde artarak 2016 yılında 44155365 sayısına ulaşmıştır. Bu sayılara 2002 yılında sadece Sağlık Bakanlığı dahil olup diğer yıllarda tüm sektörler dahildir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:151).



Şekil 30. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Başvuru Sayıları

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:151

Kişi başına diş hekimine müracaat sayısı ülkemiz ortalaması 0,55'tir. Batı Karadeniz'de bu oran 0,74 iken İstanbul'da ise bu sayı 0,40'tır (Age).



Şekil 31. Kişi Başına Dış Hekimine Müracaat Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:151

Ülkemizde dış hekimi sayısı 2002 yılında 91949 kişi iken bu sayı 2016 yılında 144827 kişi sayına ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:205).

Tablo 12. Ülkemizdeki Sağlık Personeli Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:205.

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Uzman Hekim	45.457	70.103	73.886	75.251	77.622	78.620
Pratisyen Hekim	30.900	38.877	38.572	39.045	41.794	43.058
Asistan Hekim	15.592	20.792	21.317	21.320	21.843	23.149
Toplam Hekim	91.949	129.772	133.775	135.616	141.259	144.827
Dış Hekimi	16.371	21.404	22.295	22.996	24.834	26.674
Eczacı	22.289	26.571	27.012	27.199	27.530	27.864
Hemşire	72.393	134.906	139.544	142.432	152.803	152.952
Ebe	41.479	53.466	53.427	52.838	53.086	52.456
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.663	131.652	138.878	145.943	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	273.616	290.363	303.110	311.337	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	762.398	798.068	823.069	856.792	871.334

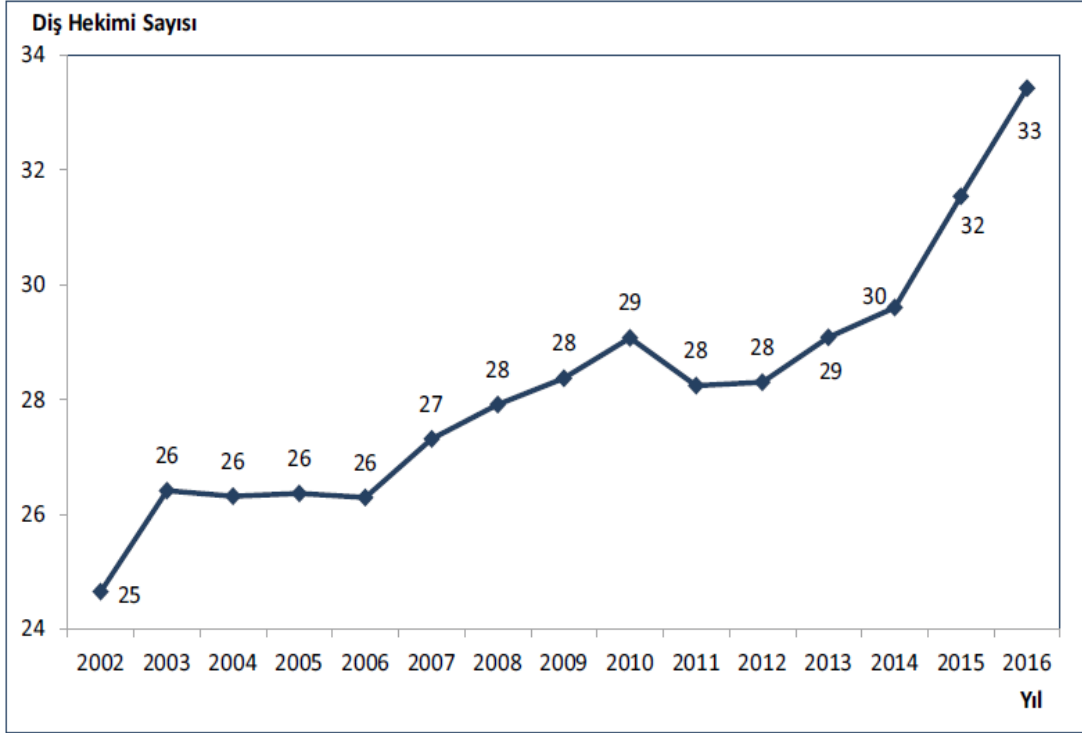
Diş hekimlerinin 9125'i Sağlık Bakanlığı'nda çalışırken, 2403'ü üniversitelerde, 15146'sı özel sektörde çalışmaktadır (Age).

Tablo 13. Ülkemizdeki Sağlık Personeli Sayısı Sektörlere Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:205.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	40.544	15.905	22.171	78.620
Pratisyen Hekim	37.173	203	5.682	43.058
Asistan Hekim	8.615	14.534	-	23.149
Toplam Hekim	86.332	30.642	27.853	144.827
Diş Hekimi	9.125	2.403	15.146	26.674
Eczacı	2.318	308	25.238	27.864
Hemşire	103.507	22.650	26.795	152.952
Ebe	47.766	748	3.942	52.456
Diğer Sağlık Personeli	104.446	11.043	29.120	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	204.778	67.605	49.569	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	558.272	135.399	177.663	871.334

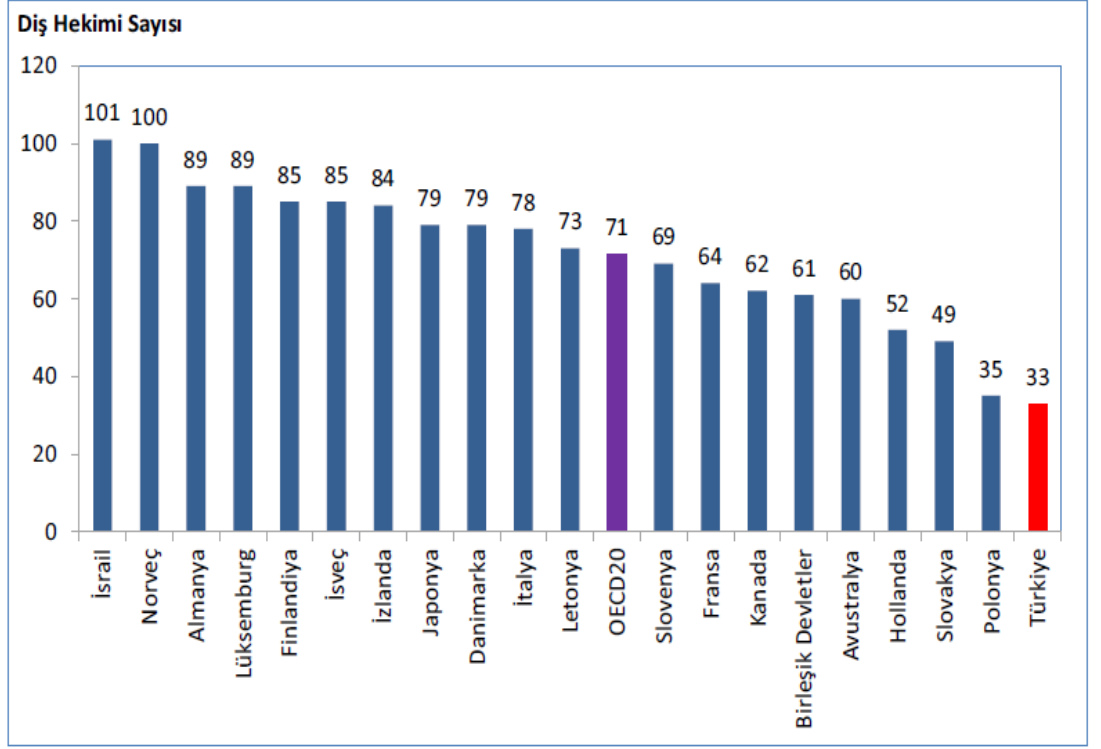
100000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2002 yılında 25 iken bu sayı 2016 yılına geldiğimizde 33'e ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:212).



Şekil 32. 100000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı Grafiği

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:212

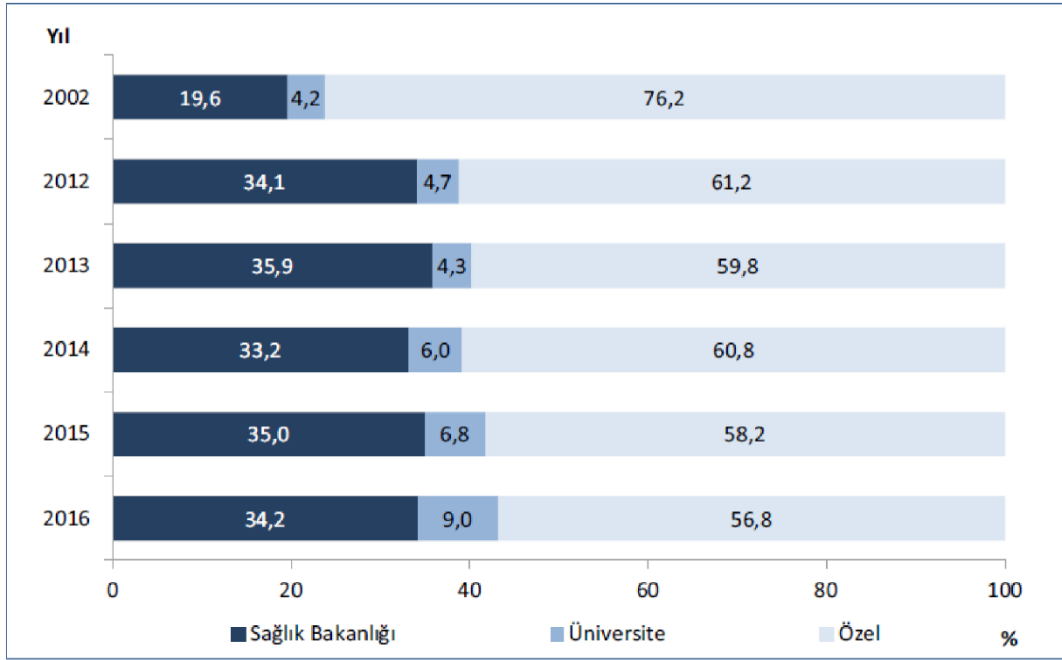
Ülkemizde 100000 kişiyeye düşen diş hekimi sayısı 2016 yılında 33 iken, İsrail’de 101, Norveç’de 100’dür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:213).



Şekil 33. 100000 Kişiye Düşen Dış Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:213

2002 yılında dış hekimlerinin %19,6'sı Sağlık Bakanlığı'nda çalışırken, %4,2'si üniversitelerde, %76,2'si özel sektörde çalışmakta idi. 2016 yılına geldiğimizde %34,2'si Sağlık Bakanlığı'nda, %9'u üniversitelerde, %56,8'i özel sektörde çalışmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:224).



Şekil 34. Dış Hekimi Sayısının Dağılım İstatistiği

Kanak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:224.

Ülkemizde dış hekimliği fakülte sayısı, öğrenci sayısı, öğretim üyesi sayısında yıllar içerisinde artışlar olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:226).

Tablo 14. Dış Hekimliği Fakültesi, Öğrenci, Öğretim Üyesi Sayıları

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016:226

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	14	975	5.256	856	605
2013-2014	37	3.151	12.842	1.313	1.306
2014-2015	40	3.526	14.963	1.567	1.493
2015-2016	43	3.825	17.027	1.710	1.636
2016-2017	76	4.269	18.890	2.128	1.608

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. DÜNYADAKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

3.1. Dünyadaki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Dünyadaki ağız ve diş sağlığı hizmetleri ülkelerin ekonomik durumuna, ödeme sistemini devlet veya özel olmasına, sigorta sistemlerine göre değişiklik gösterebilir. Dünyada ücretin devlet sigortaları tarafından ödendiği ve özel ağırlıklı olan çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Öcek'e göre dünya üzerindeki sistemler şu şekilde kısaca anlatılmıştır (Öcek 2002:206-211).

Devlet tarafından finanse edilen ağız ve diş sağlığı sistemlerine Doğu Avrupa ülkeleri, Çin, Küba gibi devletler örnek olarak gösterilebilir. Doğu Avrupa ülkelerinde özelleşmeye doğru bir yönelme görülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ve Güney Avrupa ülkelerinde ağız ve diş sağlığı sistemleri devletten bağımsız olarak finanse edilmektedir. Özel sigortalar ve kişilerin kendi özel harcamaları söz konusudur. Buradaki ülkelerde devletler çocuk, yaşlı gibi özel gruplara belli desteklerde bulunabilmektedir.

İspanya ve Portekiz'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri zorunlu olmayan sağlık sigortası ve özel sigortaların birlikte finanse edilmektedir. İtalya'da ise ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamu tarafından finanse edilmektedir.

Kanada, Fransa, Lüksemburg, İsviçre, Almanya, Avusturya ve Hollanda'da zorunlu sosyal sigorta bulunmaktadır. Toplumun neredeyse tamamı bu sigortadan yararlanır.

Birleşik Krallık ve Kuzey ülkelerinde sağlık hizmetleri tüm ülkede ulusal olarak görülen bir haktır. Ağız ve diş sağlığı harcamaları hükümet kaynaklı yapılıdır. Vergiler gelirlerin temelidir.

Dünyada çeşitli ülkelerde farklı sağlık sistemleri kullanılmaktadır. Çeşitli örnekleri tablo halinde sunulmuştur (TDB Dergisi 2003:43).

Tablo 15. Çeşitli Ülkelerdeki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Kaynak: TDB Dergisi 2003:43

Ülkeler	Devlet kliniklerinde ücretsiz dişhekimliği hizmeti alanlar	Ulusal sağlık (sigorta) sistemi içinde dişhekimliği hizmeti alanlar	Ulusal sağlık (sigorta) sistemi içinde karşılanan tedaviler
Almanya	Hiç kimse. Bu halk sağlığı servisleri lokal olarak çalışır ve yalnızca hastaları muayene ve yönlendirme yetkileri vardır, tedavi yapamazlar. Ayrıca okullarda ki koruyucu programları yürütürler, hizmetler ücretsizdir.	Nüfusun genel olarak %92 si ödentili, yasal sağlık sigorta sistemi üyesidir. Kalan %8 gelir düzeyi düşüktür ve aldıkları hizmetin bedeli Eyalet tarafından ödenir.	Yetişkinler için ortodontik ve koruyucu tedaviler, implantlar, her türlü yüksek maliyetli kozmetik /estetik tedaviler ve fonksiyonel olmayan tedaviler haricindekileri kapsar.
İngiltere	Yaşlı, Özürlü, Özel ihtiyaçları olan kimsele	Tüm popülasyon	Tüm tedaviler
Fransa	N/A	Tüm popülasyon	% 75 Konservatif tedavi ve cerrahi, protez ve ortodonti
Danimarka	3-18 yaş grubu popülasyon ve özürlüler	Tüm popülasyon	Proflaktik ve temel tedaviler
Avusturya	Tüm Popülasyon	Sağlık sigortası olan herkes (yaklaşık % 94)	Konservatif tedaviler, takıp çıkarılabilen protezler ve ortodontik apereyler
Çek Cumhuriyeti	-	Tüm Popülasyon	Tüm tedaviler
ABD	Medicade (yoksullar için) kapsamındaki hastalar - Eyaletlere göre değişmekte. 1-21 yaş grubunda (EPSDT) uygulanacaklar. (Erken, Periyodik, Tarama kapsamında Diağnoz ve Tedavi)	Medicare (yaşlılar için) kapsamındaki. Medicade; Federal fakirlik düzeyinin altındaki popülasyon (Eyaletlere göre farklılık gösterir)	-

Avrupa ülkelerinde genel olarak ağız ve diş sağlığı hizmetler, genel sağlık hizmetlerinden ayrı olarak değerlendirilmektedir. Diş hekimliği hizmetleri Avrupa ülkelerinde benzer yapılar gösterse de ülkeler arasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır (Holst vd. 2001:114).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde iş gücü sayısı, devlet katkısı, planlama yapısı, ücretlendirmeye göre farklılık gösteren çeşitli sistemler bulunmaktadır (Widström vd. 2004:155).

Kullanılan bazı temel sistemler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Ekici 2013:120).

Tablo 16. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Kullanılan Çeşitli Modeller

Kaynak: Ekici 2013:120

Modeller	Modelin Uygulandığı Ülkeler
Bismark Modeli	Almanya, Fransa, Hollanda, Avusturya, Belçika, Lüksemburg, İsviçre
Doğu Avrupa Modeli	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Litvanya, Slovenya, Belarus, Bulgaristan
Beveridge Modeli	Birleşik Krallık, İrlanda
İskandinav Modeli	Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç, İsveç
Güney Avrupa Modeli	Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya

Widström ve Eaton yaptıkları çalışmada Avrupa'daki ülkeleri incelemiş ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanında altı farklı başlık altında sınıflandırmıştır (Widström 2004:155).

3.2. Bismark Modeli

Almanya, Fransa, Avusturya, Lüksemburg, İsviçre, Belçika ve Hollanda gibi ülkeler bismark modelini kullanan ve zorunlu sigorta sisteminin olduğu ülkelerdir. Düzenlemeler hükümetler tarafından yapılmıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sigortadan finanse edilmektedir.

Hizmet genel olarak özel diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Vergiler ile finansman sağlanır. Bağımsız sigorta şirketleri sisteme dahildir. Sigorta sistemi profesyonellerce yönetilir. Restoratif diş hekimliği uygulamaları genel olarak sigortaca karşılanır.

Özel sigortalarda sistemde bulunmaktadır. Burada ücreti hasta öder daha sonra sigorta şirketinden ödeme alır. Maliyet sadece devlet tarafından karşılanmadığından, ödeme dağılımı olduğundan tam protezler ve altın protez uygulamaları devlet tarafından karşılanmaz (Holst vd. 2001:114).

3.3. Doğu Avrupa Modeli

Belarus, Slovenya, Bulgaristan, Polonya, Macaristan, Litvanya ve ek Cumhuriyeti gibi ülkeler bu modeli kullanmaktadır.

Tüm tedaviler tüm nüfusu karşılayacak şekilde genel olarak ücretsizdir. Diş hekimleri genel olarak kamu çalışanıdır ve kamu tarafından maaşları ödenmektedir. Tesisler kamuya aittir ve tüm gelir gider kalemleri kamu tarafından finanse edilmektedir.

Protetik tedaviler gibi tedavilerin çok küçük bir kısmı hasta tarafından ödenmektedir. Bazı ülkelerde özel diş hekimleri bulunmaktadır. Burada yapılan tedavilerin ücretleri hasta tarafından ödenmektedir (Age).

3.4. Beveridge Modeli

İskandinav lkeleri, Birleşik Krallık, İrlanda gibi ülkelerde uygulanan sağlık modelidir. Ağız ve diş sağlığı sisteminin finansmanı devlet tarafından finanse edilir. Nüfusun neredeyse tamamı sisteme dahildir. Vergilerle sistem finanse edilir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşım yarı evrensel veya evrenseldir.

Birleşik Krallık'ta devlet diş hekimleriyle mutabakat sağlar. Yapılan sözleşmeyle tedaviler, fiyatlar gibi birçok etmen düzenlenir. İleri tetkik ve tedavi gerektiren uzmanlık işlemleri hastane ortamında yapılır (Holst vd. 2001:115).

3.5. İskandinav Modeli

Beveridge sistemine benzemesine karşın, ulusal bazlı bir model değildir. Çocuklar için maaşa bağlanmış diş hekimleri vardır. Ayrıca zel diş hekimleri de bulunmaktadır. Daha sonra Norveç dişında yetişkin bireylerde bu modelde sisteme dahil edilmiştir.

İsveç, Norveç, İzlanda, Danimarka, Finlandiya gibi ülkeler bu modeli kullanmaktadır. Bazı araştırmacılara göre İzlanda bu sisteme tam manasıyla uymamaktadır (Widström vd. 2005:225).

Diş hekimleri ve ilgili personeller bu ülkelerde nüfusa kıyasla fazla olduğu görülmektedir. Hizmete ulaşım kolaydır. Hizmet kullanımı yüksektir.

Modeldeki prensipler yüksek kalite, vergilerle ödeme ve kamusal sunum olarak değerlendirilebilir. Özelleşmeye yönelme olmasına rağmen hala kamusal ağırlık bulunmaktadır (Holst vd. 2001:115).

3.6. Güney Avrupa Modeli

Bu model karma bir sisteme sahiptir. İtalya, Yunanistan, İspanya ve Portekiz hem Beveridge hem bismark karışımını içeren bir sisteme sahiptir (Widström 1997).

Sigorta temelli sistemden vergi temelli sisteme geçiş görülmektedir. Özel yapılan tedavi hizmetlerine ödeme gücü olmayanlara devlet tarafından yardım edilmektedir. Çeşitli sağlık fonları ve özel diş hekimliği sistemi kombinasyonu bazı ülkelerde kullanılmaktadır (Anderson vd. 1997).

Karma model ise diğer modellere tam olarak uymayan veya birkaç tane modelin birleşiminden oluşan modeldir.

3.7. Çeşitli Ülkelerdeki Ağız ve Diş Sağlığı Sistemleri

Almaya Avrupa'nın en büyük ülkelerinden biridir. Burada Bismark modeli uygulanmaktadır. Ülkenin küçük bir bölümünde oral hijyenist çalışmaktadır. Dental asistanlar eğitim olarak iyi eğitilmişlerdir. Diş taşı tedavisini yapabilmektedir.

Genelde diş hekimleri özel çalışmaktadır. Nüfusun büyük kısmı sigortalıdır. İmplant ödemesi sigortalar tarafından yapılmazken, ortodontik tedavilerin ve protetik tedavilerin bir kısmı, diğer genel tedavilerin büyük kısmı sigorta kapsamındadır.

Önleyici tedavi yöntemleriyle ülkede çürük diş sayısında azalma olmuştur (Widström vd. 2004:161-162).

Birleşik Krallık ülkesinde Ulusal Sağlık Sistemi (NHS)(National Health Service) kamusal olarak finanse edilmektedir. Tedavilerin büyük kısmı devlet tarafından karşılanmaktadır. İşsizler, hamileler, öğrenciler gibi gruplar için tamamen hizmet ücretsizdir. Özel sigortalarda bazı tedaviler için sigorta yapmaktadır.

Birleşik Krallık ülkesinde diş hekimliği ekibi gelişmiştir. Diş hekimlerinin yanı sıra, dental terapistler, dental hijyenistler bir ekip olarak çalışmaktadır. 2002 yılından itibaren dental terapistlere, ortodontik yardımcılarına ve klinik dental

yardımcılara diş hekimi eşliğinde klinik ortamda hasta tedavi etmesine izin verilmiştir (Widström 2004:172-173).

Fransa'da diş hekimlerine yardımcı dental hemşireler bulunmaktadır. 1500 civarı stomatolog (tıp derecesine sahip diş hekimi) çalışmaktadır. Ülkede ulusal sigorta sistemi bulunmaktadır.

Diş hekimlerine giden hastalar ücretin tamamını öder. Daha sonra bir kısmını sigortadan geri alır. Ekonomik durumu iyi olmayanlar, işsizler gibi gruplar ücretsiz yararlanır. Özel diş hekimliği sistemi bu ülkede gelişmiştir (Widström 2004:160-161).

Avustralya ülkesinde diş hekimliği hizmetleri özellikle özel diş hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Genelde özel gruplar (yaşlı, çocuk vb.) hariç hizmetler ücretlidir. Gençler ve çocuklar için birinci basamak ağız ve diş sağlığı ayrı bir sistem olup ödemeleri devlet tarafından yapılan diş terapistleri tarafından hizmet verilmektedir. Ödemeler bazı eyaletlerde ortak olarak paylaşılmıştır (Carter, Stewart 2003).

Amerika Birleşik Devletleri ülkesinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel olarak ücretli olarak hizmet vermektedir. Harcamalar genelde cepten yapılmakta olup kamunun katkısı oldukça düşüktür (Bailit, Beazoglou 2002:73-90).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ÜLKEMİZDEKİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİTİKALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Araştırma Sivas ilindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı en fazla diş hekimine sahip kamu hastanesi olan Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde yapılmıştır. Tüm diş tabiplerinin görüşlerini değerlendirmek için ankete dayalı saha araştırması uygulanmıştır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi

Araştırmanın amacı ağız ve diş sağlığı sistemdeki sorunları belirlemek ve yeni bir modelin nasıl yapılabileceğini araştırmaktır.

Araştırma ağız ve diş sağlığında nasıl yeni bir model yapılabileceği konusunu kapsamaktadır. Araştırmada ele alınan problemler ise mevcut ağız ve diş sağlığı sistemindeki problemler, neden yeni bir model uygulanması gerektiği ve bunları nasıl yapılabileceği problemleridir.

4.2. Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezler

Ağız ve diş sağlığı sisteminde yeni bir model gerektiği varsayımı yapılmıştır. Araştırmada ankete cevap veren kişilerin bağımsız bir şekilde sorulara kendilerine göre doğru cevap verdiği varsayımı yapılmıştır.

Bağımsız gruplar arasında yapılan ölçümler için şu hipotezler kurulmuştur.

H.1. Bulgular cinsiyete göre değişim göstermektedir.

H.2. Bulgular hizmet süresi ve yaşa göre değişim göstermektedir.

4.3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evreni, Sivas ilindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı en fazla diş hekimine sahip kamu hastanesi olan Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'ndeki diş hekimleri olarak sınırlı tutulmuştur. Kurumda yapılan

çalışmada tüm gönüllü olan diş hekimlerine anket uygulanmıştır. Yeniden modellenmesi önerileri anket ölçeğindeki sorularla sınırlı tutulmuştur. Konuyla alakalı bilimsel araştırmaların azlığı ve istatistiksel verilerin azlığı kaynak sorunları oluşturmaktadır. Araştırmanın sadece bir kamu hastanesinde yapılması genelleme açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmadaki veriler anket ölçeği ve veri taraması yoluyla elde edilmiştir.

Araştırmanın evreni Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde görev yapan diş hekimleri olarak belirlenmiştir. Örneklem olarak tüm evren seçilmiştir.

4.5. Veri Toplama Aracı

Konuyla alakalı kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. İstatistiksel veriler, kurum ve kuruluşların yaptığı çalışmalar, önceki bilimsel çalışmalar incelenmiştir.

Araştırmada 2013 yılında Ekici tarafından kullanılan ölçek araştırmacının izni alınarak çalışmada kullanılmıştır (Ekici 2013:279-283).

Araştırmanın ilk kısmında kişisel bilgilerin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Ölçek üç bölümden oluşmaktadır. Birinci kısım ağız ve diş sağlığıyla alakalı mevcut durumu değerlendirilmesini kapsayan 15 ifadeden oluşmaktadır. İkinci bölümde yeniden yapılanmanın neden gerekli olduğunu gösteren 20 ifade yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki yeniden yapılanma konusundaki neler yapılabileceği hakkındaki 31 ifade bulunmaktadır.

Ankette 5'li Likert ölçeği doğrultusunda 66 ifade bulunmaktadır. İfadelere katılıp katılmama durumuna göre "1 Kesinlikle Katılmıyorum", "2 Katılmıyorum", "3 Kısmen Katılıyorum", "4 Katılıyorum", "5 Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde bir sıralama oluşturulmuştur. Anketin sonuna ankete katılan kişilerin kendi görüşlerini yazabilecekleri açık uçlu bir soru bulunmaktadır.

4.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket çalışması yapılmadan önce gerekli belgeler düzenlenerek Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurul Başkanlığı tarafından araştırmanın etik olarak uygun olduğuna dair onay alınmıştır.

Daha sonra anketin yapılacağı kurum olan Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi yönetiminden gerekli belgeler düzenlenerek anketin uygulanabilmesi için gereken izin ve onay alınmıştır.

Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Hastanede çalışan gönüllü diş hekimlerine uygulanmıştır.

4.7. Verilerin Analiz Edilme Yöntemi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programına yüklenerek verilerin değerlendirilmiştir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan yardım ve danışmanlık alınmıştır. Veriler parametrik test varsayımları yerine getirildiğinden (Kolmogorov Smirnov) bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken, bağımsız gruplardan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız ikiden fazla gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmış ve verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirlenmiştir. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.8. Bulgular

Anketin yapıldığı dönemde, Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde çalışan diş hekimi sayısı personel işlerinden alınan bilgiye göre 63 kişidir. Bunlardan 49 kişi gönüllü olarak ankete katılmayı kabul etmişlerdir. Katılım oranı %77.78 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 17. Bireylerin Yaş ve Hizmet Süresi Dağılımları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
YAŞ	49	24,00	54,00	35,81	8,62
HİZMET SÜRESİ	49	1,00	32,00	11,71	8,41

Ankete katılan kişilerin yaşları en az 24, en fazla 54 olarak belirlenmiştir. Yaş ortalaması 35,81 olarak tespit edilmiştir. Ankete katılan hekimlerin hizmet süreleri en az bir yıl, en fazla 32 yıl, ortalama 11,71 yıl olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18. Cinsiyet Dağılımları

CİNSİYET	S	%
ERKEK	19	38,8
KADIN	30	61,2
TOPLAM	49	100,0

Ankete katılan toplam 49 kişiden, erkek sayısı %38,8, kadın sayısı %61,2 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 19. Medeni Durum Dağılımları

MEDENİ DURUM	S	%
EVLİ	36	73,5
BEKAR	13	26,5
TOPLAM	49	100,0

Ankete katılan 49 kişiden, evli olanların sayısı %73,5, bekar olanların sayısı %26,5 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 20. Yaş Grupları Dağılımları

YAŞ GRUPLARI	S	%
23-34	25	51,0
35-44	15	30,6
45-54	9	18,4
TOPLAM	49	100,0

Yaşları gruplandırarak değerlendirdiğimizde 23-34 yaş aralığındaki kişi yüzdesi %51, 35-44 yaş aralığındaki kişi yüzdesi %30,6, 45-54 yaş grubu aralığındaki kişi yüzdesinin ise %18,4 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21. Hizmet Süresi Grupları Dağılımları

HİZMET SÜRESİ	S	%
1-9 YIL	23	46,9
10-19 YIL	17	34,7
20-29 YIL	6	12,2
30-39 YIL	3	6,1
TOPLAM	49	100,0

Hizmet süresini gruplandırarak değerlendirdiğimizde 1-9 yıl arası çalışan kişi yüzdesi %46,9, 10-19 yıl arası çalışan kişi yüzdesi %34,7, 20-29 yıl arası çalışsan kişi yüzdesi %12,2, 30-39 yıl arası çalışan kişi yüzdesinin ise %6,1 olduğu görülmüştür.

Anketteki sorular daha önceden de bahsedildiği gibi üç ana bölümden oluşmaktadır. Anketteki tüm sorulara ekte yer verilmiştir. Birinci kısımdaki sorular GDD, ikinci kısımdaki sorular SYG, üçüncü kısımdaki sorular YYYÖ şeklinde kısaltılmıştır. Sorularda numarasına göre GGD1, SYG5, YYYÖ11 örneklerinde olduğu gibi kısaltma yapılmıştır. Anketin tamamına ekler bölümünde yer verilmiştir. (EK-1).

Tablo 22. Anketin Birinci Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
GDD1	49	1,00	5,00	2,59	1,15
GDD2	49	1,00	5,00	3,40	,97
GDD3	49	1,00	5,00	2,59	1,07
GDD4	49	1,00	5,00	2,46	,93
GDD5	49	1,00	5,00	2,57	,97
GDD6	49	1,00	5,00	2,77	1,00
GDD7	49	1,00	5,00	2,40	,91
GDD8	49	1,00	5,00	2,65	,92
GDD9	49	1,00	5,00	2,34	,87
GDD10	49	1,00	4,00	2,30	,91
GDD11	49	1,00	5,00	2,83	,87
GDD12	49	1,00	5,00	2,48	,79
GDD13	49	1,00	4,00	2,38	,88
GDD14	49	1,00	4,00	2,18	,80
GDD15	49	2,00	5,00	3,53	,89

Anketin birinci kısmındaki sorular genellikle mevcut sistemle alakalı sorulardan oluşmaktadır. Verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların genel ortalamasının mevcut durumdan tam manasıyla memnun olmadığı görülmektedir. İki ifade hariç ifadeler ortalama 3'ün altında cevaplar verildiği görülmektedir.

2. Sorudaki “halkın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.” ve 15. Sorudaki “ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yeniden yapılandırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.” İfadelerine verilen cevapların ortalamasının 3'ün üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 23. Anketin İkinci Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
SYG1	49	1,00	3,00	1,61	,67
SGY2	49	1,00	3,00	1,83	,68
SYG3	49	1,00	4,00	2,20	,73
SYG4	49	1,00	4,00	2,24	,69
SYG5	49	1,00	4,00	2,22	,71
SYG6	49	1,00	4,00	2,14	,76
SYG7	49	1,00	4,00	2,34	,72
SYG8	49	1,00	4,00	2,28	,81
SYG9	49	1,00	4,00	2,57	,76
SYG10	49	1,00	4,00	2,10	,82
SYG11	49	1,00	4,00	2,18	,88
SYG12	49	1,00	4,00	2,02	,82
SYG13	49	1,00	4,00	2,32	,82
SGY14	49	1,00	4,00	2,06	,71
SYG15	49	1,00	4,00	2,08	,73
SYG16	49	1,00	5,00	2,44	,98
SYG17	49	1,00	4,00	2,14	,88
SYG18	49	1,00	4,00	2,22	,84
SYG19	49	1,00	4,00	2,34	,85
SYG20	49	1,00	5,00	2,40	,88

Anketin ikinci kısmında yer alan ifadeler genel olarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgilidir. İfadelere verilen cevapların ortalaması incelendiğinde ciddi düzeyde düşük bir puanlama gerçekleştiği görülmektedir.

Özellikle ikinci bölümün ilk ifadesine “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nda en üst düzeyde temsil edilmektedir.” ve ikinci ifadesine “Sağlık Bakanlığı’nda ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili üst düzey yönetim ve karar organlarında diş hekimleri yeterince yer almaktadır.” Verilen yanıtların ortalamasının 2’nin altında olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Anketin Üçüncü Kısımına Verilen Cevapların Dağılımları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
YYYÖ1	49	2,00	5,00	4,18	,83
YYYÖ2	49	3,00	5,00	4,48	,61
YYYÖ3	49	1,00	5,00	4,08	,86
YYYÖ4	49	2,00	5,00	4,38	,63
YYYÖ5	49	1,00	5,00	4,30	,82
YYYÖ6	49	3,00	5,00	4,34	,59
YYYÖ7	49	3,00	5,00	4,46	,68
YYYÖ8	49	3,00	5,00	4,48	,68
YYYÖ9	49	3,00	5,00	4,32	,65
YYYÖ10	49	1,00	5,00	3,30	1,38
YYYÖ11	49	3,00	5,00	4,32	,65
YYYÖ12	49	2,00	5,00	3,87	,94
YYYÖ13	49	1,00	5,00	3,93	,96
YYYÖ14	49	1,00	5,00	3,93	1,12
YYYÖ15	49	2,00	5,00	4,28	,79
YYYÖ16	49	1,00	5,00	4,26	,88
YYYÖ17	49	3,00	5,00	4,44	,57
YYYÖ18	49	3,00	5,00	4,40	,64
YYYÖ19	49	3,00	5,00	4,20	,73
YYYÖ20	49	1,00	5,00	3,83	1,02
YYYÖ21	49	1,00	5,00	4,18	,88
YYYÖ22	49	3,00	5,00	4,34	,59
YYYÖ23	49	1,00	5,00	3,51	1,19
YYYÖ24	49	1,00	5,00	2,63	1,28
YYYÖ25	49	1,00	5,00	3,61	,86
YYYÖ26	49	1,00	5,00	3,71	,81
YYYÖ27	49	3,00	5,00	4,48	,54
YYYÖ28	49	3,00	5,00	4,44	,61
YYYÖ29	49	1,00	5,00	3,89	,87
YYYÖ30	49	1,00	5,00	4,16	,87
YYYÖ31	49	2,00	5,00	4,51	,68

Anketin üçüncü bölümündeki sorular genellikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik ifadelerden oluşmaktadır. Verilen cevapların ortalaması incelendiğinde genel olarak değişim isteğinin fazla olduğu görülmektedir.

Üçüncü bölümün yirmi dördüncü ifadesine “Diş hekimliği eğitimi 6 yıla çıkarılmalıdır.” verilen cevapların için altında oluşu tespit edilmiştir. Üçüncü bölümün son ifadesine “Diş malzeme ve sanayi üretiminde yerli

üretim teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.” Verilen cevapların ortalamasının 4,50’nin üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 25. Anketin Cinsiyetlere Göre İlişki Dağılım Tablosu

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Top GDD	Erkek	19	39,47	7,19	t=0,05
	Kadın	30	39,60	7,61	P=0,954
Top SYG	Erkek	19	43,15	6,21	t=0,46
	Kadın	30	44,23	8,71	P=0,643
Top YYYYÖ	Erkek	19	127,05	5,14	t=0,78
	Kadın	30	127,66	8,46	P=0,778

Cinsiyete göre anketlere verilen cevapların ilişkisi incelendiğinde birinci kısımda t değeri 0,05 P değeri 0,954, ikinci kısımda t değeri 0,46 P değeri 0,643, üçüncü kısımda t değeri 0,78 P değerinin ise 0,778 olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. İstatiksel önem bulunmamaktadır.

Tablo 26. Anketin Yaş İle Korelasyon İlişkisini Gösteren Tablo

YAŞ		Top GDD	Top SYG	Top YYYYÖ
	r	-,166	-,294(*)	-,117
	p	,254	,040	,424

Yaş ile anketin bölümlerine göre korelasyon ilişkisi incelendiğinde birinci bölümde r değeri -,166 p değeri ,254, ikinci bölümde r değeri -,294 p değeri ,040, üçüncü bölümde ise r değeri -,117 p değeri ,424 olarak bulunmuştur. İstatiksel önem sadece anketin ikinci kısmında bulunmaktadır.

Tablo 27. Anketin Medeni Duruma Göre İlişki Dağılım Tablosu

	Medeni Durum	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Top GDD	Evli	36	39,66	7,09	t=0,18
	Bekar	13	39,23	8,42	P=0,857
Top SYG	Evli	36	43,47	7,22	t=0,51
	Bekar	13	44,76	9,44	P=0,612
Top YYYÖ	Evli	36	126,58	7,23	t=1,36
	Bekar	13	129,76	7,24	P=0,180

Medeni duruma göre anket ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde birinci kısımda t değeri 0,18 P değeri 0,857, ikinci kısımda t değeri 0,51 P değeri 0,612, üçüncü kısımda ise t değeri 1,36 P değeri 0,180 olarak hesaplanmıştır. İstatiksel önem bulunmamaktadır.

Tablo 28. Anketin Hizmet Süresi İle Korelasyon İlişkisini Gösteren Tablo

HİZMET SÜRESİ	Top GDD	Top SYG	Top YYYÖ
r	-,184	-,283(*)	-,136
p	,205	,048	,350

Hizmet süresi ile anketin bölümlerine göre korelasyon ilişkisi incelendiğinde birinci bölümde r değeri -,184 p değeri ,205, ,kinici bölümde r değeri -,283 p değeri ,048, üçüncü bölümde ise r değeri -,136 p değeri ,350 olarak bulunmuştur. İstatiksel önem sadece anketin ikinci kısmında bulunmaktadır.

Tablo 29. Anketin Yaş Gruplarına Göre İlişki Dağılım Tablosu

		N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Top GDD	23-34	25	40,16	8,65	F=0,33
	35-44	15	39,60	5,60	P=0,717
	45-54	9	37,77	6,49	
Top SYG	23-34	25	45,24	8,30	F=1,67
	35-44	15	43,86	6,57	P=0,199
	45-54	9	39,77	7,51	
Top YYYÖ	23-34	25	127,12	8,12	F=0,67
	35-44	15	128,33	5,71	P=0,846
	45-54	9	126,77	7,90	

Yaş gruplarına göre ankete verilen cevaplar incelendiğinde birinci bölümde F değeri 0,33 P değeri 0,717, ikinci bölümde F değeri 1,67 P değeri 0,199, üçüncü bölümde ise F değeri 0,67 P değeri 0,846 olarak hesaplanmıştır. İstatiksel önem bulunmamaktadır.

Tablo 30. Anketin Hizmet Süresi Gruplarına Göre İlişki Dağılım Tablosu

		N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Top GDD	1-9 yıl	23	39,60	7,97	F=0,24
	10-19 yıl	17	40,41	7,22	P=0,863
	20-29 yıl	6	37,50	7,84	
	30-39 yıl	3	38,33	3,78	
Top SYG	1-9 yıl	23	44,47	8,17	F=1,02
	10-19 yıl	17	45,05	7,09	P=0,389
	20-29 yıl	6	39,33	9,41	
	30-39 yıl	3	40,66	1,52	
Top YYYÖ	1-9 yıl	23	127,82	7,50	F=0,16
	10-19 yıl	17	127,23	7,11	P=0,968
	20-29 yıl	6	127,83	9,68	
	30-39 yıl	3	124,66	2,30	

Hizmet süresi gruplarına göre ankete verilen cevaplar incelendiğinde birinci bölümde F değeri 0,24 P değeri 0,863, ikinci bölümde F değeri 1,02 P değeri 0,389, üçüncü bölümde ise F değeri 0,16 P değeri 0,968 olarak bulunmuştur. İstatiksel önem bulunmamaktadır.

Yaş ile GDD puanı arasında ve yaş ile YYYÖ puanı arasında bulunan ilişki katsayıları istatistiksel olarak önemsizdir. ($p > 0,05$). Yaş ile SYG puanı

arasında negatif yönlü ($r = -0,294$) ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatikselsel olarak önemlidir. ($p < 0,05$). Bu katsayı istatikselsel olarak önemli olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır.

Yaş için yapılan açıklamalar hizmet süresi içinde paralellik göstermektedir. Diğer bölümler ve SYG puanı için yaş ile benzer sonuçlar görülmüştür. Yaş ile hizmet süresinin paralellığı sebebiyle bu durum oluşmuştur.

Açık uçlu sorulara ankete katılanların verdiği yanıtlar aşağıdaki şekilde olmuştur.

- Kamu spotlarında diş bakımı ve oral hijyen eğitimi öğretilmelidir.
- Vardiya ve nöbetler hastaları tedavi konusunda tembelliğe itmektedir.
- Diş hekimliğinde acil kaldırılmalıdır.
- 6 aylık periyotlarda diş kontrollerini yaptırmayan hastalara ücretli bakılmalıdır.
- Performans sistemi yapılan tedavilerin niteliğini düşürmektedir.
- Performans sistemi kaldırılmalı ve nitelikli iş denetimi yapılmalıdır.
- Performans sisteminden kaynaklanan ücret kaygısı giderilmelidir.
- Hekimlerin ücretleri performans sisteminden bağımsız iyileştirilmelidir.

Yapılan çalışmada “Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı”, ölçeğin ilk bölümü olan GDD için 0,81, ikinci bölümü olan SYG için 0,83, üçüncü bölüm olan YYYÖ için ise 0,65 olarak bulunmuştur.

Özdamar’a göre alfa katsayısının güvenilirlik ölçütü şu şekildedir (Özdamar 1999).

Değer 0,00 ve 0,40 aralığında ise ölçek “güvenilir değildir”, 0,40 değerinden büyük eşit ve 0,60 değerinden düşük ise ölçek “düşük güvenilirliktedir”, 0,60 değerinden büyük eşit ve 0,80 değerinden düşük ise ölçek “oldukça güvenilir”dir”, 0,80 değerinden büyük eşit 1,00 değerinden düşük ise de ölçek “yüksek derecede güvenilir” olarak ifade edilebilir.

Bu tanımlamaya göre kullanılan ölçeğin ilk iki bölümünün “yüksek derecede güvenilir” olduğu, son bölümünün ise “oldukça güvenilir” olduğu ifade edilebilir.

SONUÇ

Ülkemizde sağlıkta yapılan yenilikler ve çeşitli yatırımlarla sağlıkta eskiye nazaran bir gelişme olduğu görülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar ağız ve diş sağlığı sisteminde hala çeşitli sorunların olduğunu ve bu sorunlarla ilgili çalışmalar yapılması gerektiğini ortaya koymuştur.

Yapılan çalışma sınırlı olup daha genel bir bakış açısı ve çözümler için daha geniş araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak yapılan çalışma neticesinde çeşitli sonuçlar bulunmuştur.

Ağız ve diş sağlığının sağlığın diğer bölümlerinden ayrı görülmesi düşünülemez. Sağlık Bakanlığı ve diğer üst düzey kurumlarda ağız ve diş sağlığı olabilecek en üst düzeyde temsil edilmelidir.

Kurumların yöneticileri gerekli bilgi ve eğitime sahip olmalıdır. Yöneticiler seçilirken yönetim bilimlerindeki eğitim seviyeleri de değerlendirilmelidir. Yönetimsel performansları doğru kriterler belirlenerek sürekli takip edilmelidir. Başarısız olan yöneticiler değiştirilmelidir. Başarılı olan yöneticiler ise ödüllendirilmelidir.

Kamu diş hekimliği ve özel diş hekimliği arasında gerekli koordinasyon sağlanmalıdır. Özel diş hekimleri gerekli standartlara uygun olarak denetlenmelidir. Özel diş hekimlerinin gerekli olan yerlerde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından anlaşma yapılarak ağız ve diş sağlığı tedavilerinin bir kısmı veya tamamı ödenebilir. Ancak bu sistem iyi bir fizibilite (maliyet, nüfus yapısı vb.) yapıldıktan sonra değerlendirilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti nüfusun erişimine kolaylaştıracak şekilde düzenlenmelidir. Gerekli personel ve altyapı ülke genelinde eşitlik ve adalet çerçevesinde istihdam edilmelidir. İstihdamın zor olduğu yerlerde teşvik edici haklar verilerek çalışma özendirilmelidir.

Diş hekimleri ve diğer ağız ve diş sağlığı personellerinin özlük hakları geliştirilmelidir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminde maaşın ağırlığı arttırılmalıdır. Dünyadaki gelişmiş ülkelerdeki diş hekimi kazançlarına paralel olarak maaşlarda iyileştirme yapılmalıdır. Ek ödemede performans

değerlendirmesi yapılırken yapılan işin kalitesi göz önünde bulundurulmalıdır. Performans sisteminde çalışan ve hastanın mağdur olmaması için hasta sayısı, tedavi sayısı ve tedavi süresine dünyadaki diğer uygulamalar ve bilimsel gerçekler göz önüne alınarak sınırlama getirilmelidir. Randevu sistemi özendirilerek hastanın beklemesinin ve belirsiz hasta sayısının önüne geçilmelidir.

Hem devlet kurumlarında hem de özel diş hekimliğinde tedavilerin fiyat listesi ülkenin gerçekleri ve enflasyonu göz önüne alınarak her sene güncellenmelidir.

Koruyucu diş hekimliği uygulamalarına gereken önem verilmelidir. Maliyet ve hastaya olan zarar düşünüldüğünde tedavi edici sağlık politikasından ziyade koruyucu diş hekimliği uygulamalarına önem verilmelidir. Koruyucuyu tedaviler desteklenmeli ve ödüllendirilmelidir. Koruyucu hizmetlerin birçok gelişmiş ülkede çok önem verilen bir uygulama olduğu unutulmamalıdır.

Ağız ve diş sağlığı konusunda toplumsal bilinci geliştirmek gerekmektedir. Kamu spotları, eğitimler, çeşitli etkinliklerle topluma gerekli ağız ve diş sağlığı eğitimi verilerek toplumsal bilinç oluşturulmalıdır.

Dünyadaki gelişmiş ülkelerin ağız ve diş sağlığı sistemleri ve uygulamaları dikkatle incelenerek ülkemizin durumu ve toplumsal yapısına uygun olarak başarılı kısımları entegre edilmelidir.

Diş hekimliği uygulamaları maliyetli uygulamalardır. Ülkemiz ekonomisinde sağlık harcamaları ve bunun içerisindeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyeti bütçede önemli bir paya sahiptir. Bütçenin finansal yapısı iyi bir şekilde ehil kişilerce yönetilmelidir. Koruyucu tedavilere ve eğitime önem verilerek gelecekte oluşabilecek sorunların önüne geçilerek maliyet azaltılmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı malzemelerinde dışa bağımlılık azaltılmalıdır. Hem sarf malzeme hem teknik ekipmanlarda yerli üretime yeterli destek verilmelidir. Yerli üretim tercih eden özel hekimlere ve kurumlara teşvik verilmelidir.

Kamu ağız ve diş sağlığı kurumlarında genellikle protez laboratuvarları yetersiz kaldığından özel laboratuvarlardan hizmet alımı satın alınmaktadır. Bu durumda yapılan protezin kalitesinden maliyetine kadar pek çok sorun ortaya çıkmaktadır. Bölgesel diş protez laboratuvarları kurularak daha kaliteli hizmet verilebilir. Devletin kontrolünde, modern cihazlarla donatılmış, gerekli değişikliklerin istendiği zaman yapılabilirdi bu laboratuvarlarla daha kaliteli işlemler mümkündür. Ayrıca devlette diş teknisyenlerine ve diğer personellere de ek bir istihdam sağlanacaktır. Standartlara uygun özel laboratuvarlar ile gerekli görülen yerlerde hizmet satın alımı yapılabilir. Standartlara uymayan laboratuvarlarla yapılan sözleşmeler iptal edilmelidir.

Son yıllarda yapılan hastanelerle daha modern binalarda ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmektedir. Modern yapılar arttırılarak hizmetin kalitesi arttırılmalıdır. Gerekli altyapı ve cihazlar alınmalıdır. Ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri gibi ileri tetkik ve tedavinin yapılabilirdi kurumlar yaygınlaştırılmalıdır. Gerekli diş hekimi uzmanı ihtiyacı giderilmeli ve mevcut uzmanlar nüfusa uygun şekilde istihdam edilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı sisteminde mesai dışı ve acil hizmetlerine bir standart getirilmelidir. Acil hizmetinde acil olmayan hastaların muayene olması engellenerek veya zorlaştırılacak önlemler alınarak sistemin suiistimal edilmesi önlenmelidir. Mesai dışı yapılan çalışmalara genel standartlar getirilmeli, mesai dışının kural ve standartları sadece ilgili hastane yönetimlerine bırakılmamalıdır.

Dünyada sağlık turizmi ciddi bir gelir kaynağıdır. Ülkemizdeki yapılan kaliteli tedavilerin tanıtımı yapılmalıdır. Ülkemiz sağlık turizmden dünyadaki kendine düşen payı arttırmalıdır.

Mevcut durumda diş hekimliği fakültelerinin sayısı ve öğrenci sayılarında büyük artış yaşanmaktadır. Diş hekimliği fakülteleri gerekli altyapı olmadan açılmamalıdır. Fakültelerin altyapısının kaldıramayacağı ve istihdam fazlası olacak öğrenci kontenjan artışına gidilmemelidir. Mesleğin ve yapılan işin kalitesi bakımından bu önlemler son derece önemlidir.

Uzman diş hekimii sayısı arttırılmalıdır. Uzman diş hekimleri ihtiyaca göre istihdam edilmelidir. Uzmanlıklarına uygun alanlarda çalışmaları sağlanmalıdır. zlk hakları iyileştirilmelidir.

Diş hekimlerinin yanı sıra ağız ve sağlığı hizmetlerinde nitelikli yardımcı personel bulma güçlüğü yaşanmaktadır. Yardımcı sağlık personeli yetiştiren niversite bölümleri arttırılmalıdır. Mevcut yardımcıları gerekli eğitimler verilerek daha nitelikli hale gelmeleri sağlanmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili mevzuatlar günümüz koşullarına göre güncellenmelidir. Daha açık daha sade ifadeler kullanılarak herkesin anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır. Mevzuattaki boşluklar ve eksiklikler düzeltilmelidir.

Diş hekimliği eğitiminde koruyucu tedavi yöntemlerine önem verilmelidir. Gerekli akademik personel istihdam edilmelidir. Eğitim içeriği ve kalitesi dünya standartlarına uygun olacak şekilde güncellenmelidir.

Özel diş hekimlerinin ve tüm kamu hekimlerinin ulaşabildiği bir veri tabanı oluşturulmalıdır. Bu sistem sayesinde hastaya yapılan tedavileri, hastaya verilen ilaçlar, hastanın tetkik sonuçları görülerek gereksiz kaynak ve zaman israfı nlenebilir.

Ulusal bir sağlık politikası belirlenmelidir. Bu politika belirlenirken ilgili taraflar, niversiteler, meslek örgütleri bir araya gelerek toplumun her kesimine uygun gerçekçi bir politika belirlenmesine zen gösterilmelidir.

KAYNAKÇA

1219 sayılı kanun, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>, (15.11.2018).

Akdur, Recep (1998). “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler”, *Halk Sağlığı*, Ankara:Antıp.

Anderson, Rob; Whitehouse, N.H.; Treasure, Elizabeth T.(1997).EU Manuel of Dental Practice, Dental Liaison Committee in the EU, Cardiff: The Dental Public Health Unit, University of Wales College of Medicine.

Arikboğa, Fatma Şebnem(2003). “Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi ve Bir Araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*. 53-59.

Ateş, Metin (2011). *Sağlık Sistemleri*, İstanbul:Beta Yayınları.

Bailit, Howard L.; Beazoglou, T.J. (2002).The US dental care delivery system and managed care: an overview. *Jong's community dental health*. 5: 73–90.

Black's Law Dictionary (1997). “Health”. 6th Edition. St. Paul, Minnesota.

Bobetsis, Yiorgos A.; Barros, Silvana P.; Offenbacher, Steven (2006). “Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications”, *Journal of American Dental Association*. 13:7.

Carter, Knute D.; Stewart., Judy F. (2003). “National dental telephone interview survey.” AIHW Dental Statistics and Research Unit. www.arcpoh.adelaide.edu.au/publications/ndtis_2002.html. (03.02.2018).

Çekiç, Cihat(2001). “Türk Diş hekimliğinde Eğitim-İnsan gücü Sorunları ve Çözüm Önerileri”, *Yeni Türkiye Dergisi*, 39:345.

Çoruh, Mithat (1983). “Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu”. Ankara: SSYB Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

Efeoğlu, Ahmet; Demirhan Erdemir, Ayşegül; Önel, Öztan(2000). *Başlangıçtan Günümüze Diş Hekimliği*, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, s. 179.

Ekici, Ömer; Tengilimoğlu, Dilaver; Işık, Oğuz(2017). “Evaluating the current situation of oral and dental healthcare services in turkey and recommending solutions”, *Health Policy and Technology*. 6: 368–378.

Ekici, Ömer (2013). “Türkiye’de Kamu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar Ve Öneriler”. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.

Hakeri, Hakan; “Diş Hekimliği Alanında Yapılan Son Yasal Değişiklikler” <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-dis-hekimligi-alaninda-yapilan-son-yasaldegisiklikler-72-64-2677.html>, (12.05.2018).

Hobdell, M.; Petersen, PE.; Clarkson, J.; Johnson, N.(2003). “Global goals for oral health 2020”. *Int Dent J*. 53:285.

Holst, Dorthe; Sheiham, Aubrey; Peterson, Poul Erik(2001). “Oral Health Care Services in Europe: Some Recent Changes and a Public Health Perspective”, *Journal of Public Health*.9:114.

Karaoğlu, Işıl(2001). “Dünden Bugüne Diş hekimliği”, *Yeni Türkiye Dergisi*, 39: 357.

Oktay, İnci (2000). “Ağız Diş Sağlığının İyileştirilmesi ve Geliştirilmesi”, *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi(TDBD)*. 12:50.

Oktay, İnci(2003). “Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık Sigortası Taslağı”, *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi*.78:59.

Öcek, Zeliha Uğur(2002). “Dünyada Uygulanan Ağız-Diş Sağlığı Hizmet Sistemlerine Genel Bakış”,*Toplum ve Hekim Dergisi*, 3:206-211.

Özdamar, Kazım (1999). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analiz*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Peşkircioğlu, Nurettin (1999). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*, Ankara. s.28

Resmi Gazete, “Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik”, sayı:29256, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>. (22.06.2018).

Resmi Gazete, 04.04.1928, sayı 863.

Resmi Gazete, 6225 sayılı “ Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” 26/04/2011 tarih ve 27916 sayı.

Sargutan, A. Erdal(1993). *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Ankara.

Sargutan, A. Erdal(2005). “Sağlık Sektörü ve Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Ankara.3:1,

Saydam, Gülçin; Oktay, İnci; Möller, İngolf(1990). “*Türkiye’de Ağız-Dış Sağlığı Durum Analizi*”, İstanbul:Seçil Ofset. s.3.

Sheiham, J. Spencer.(2002).*Health needs assessment. In: Pine CM*, editor. Community oral health. Bath-Great Britain: Elsevier Sciences Limited, s. 39-54.

Somunoğlu, Sinem (2012). “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemleri”, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Swinson, Brian; Witherow, Helen; Norris, Paul; Lloyd, Tim (2004). “Oral manifestations of systemic diseases”, *Hospital Medicine*. 65:92.

Şengün, Onur(2001). “Türk Diş Hekimleri Birliği’nin Ağız ve Diş Sağlığı Sorunlarına Bakışı ve Çözüm Önerileri”, *Yeni Türkiye Dergisi*. 39:613.

T.C. Anayasası (1982). Madde 56. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf. (23.12.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü(RSHMM)(2007).“*Türkiye’de Sağlığa Bakış*”, Ankara.s.178-179.

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı” (2010). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. (22.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı” (2011). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. (22.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı” (2016). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. (22.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMM(2004).“OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000”, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” konulu 06.10.2010 Tarih ve 39939 Sayılı Yazı.

TDB, Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri 2010 Yılı Dağılımı, s.10.

TDB, <http://www.tdb.org.tr>. (11.11.2017).

TDB, Meslek Sorunları Sempozyumu Basın Toplantısı Metni 2010, www.ido.org.tr/.../mss_basin_toplantisi_konusma-metni. (09.07.2018).

Tengilimoğlu, Dilaver; Işık, Oğuz; Akbolat, Mahmut(2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara:Nobel Yayınevi, s.44.

Top, Mehmet(1999). "Sağlık İhtiyacı, Talebi ve Kullanım Kavramlarına Genel ve Karşılaştırmalı Bir Bakış", *II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Ankara.

Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi (2003), 78:58.

Türk Diş Hekimleri Birliği Dış İlişkiler Komisyonu(2003). “Sağlık Sistemleri” *TDB Dergisi*, 78:43.

Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=30709>, Sayı: 30709 Tarih:01 Şubat 2019. (14.02.2019).

TÜSİAD(2004).“Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri”, İstanbul, s. 105.

WHO/Europe, European HFA Database(2009).<http://www.euro.who.int/en/whatwe-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>.(25.07.2018).

Widstrom, Eeva; Eaton, K.E.(1997). “Systems for provision of oral health care, work-force and costs in the EU and EEA”, A Council of European Chief Dental Officers Survey, Helsinki.

Widstrom, Eeva; Eaton, Kenneth A.(2004). “Oral Healthcare Systems in the Extended European Union”, *Oral Health&Preventive Dentistry*. 2:155; 3:161-162.

Widström, Eeva; Ekman, Agneta; Aandahl, Liljan vd. (2005). "Developments in oral health policy in the Nordic countries since 1990". *Oral Health Prev Dent.*, 3: 225.

Yıldırım, Celal(2001). "Diş hekimliğinde İnsan Gücü", *Yeni Türkiye Dergisi*, 39:354.

Yüksek Öğretim İstatistikleri (1983-2009), Ankara:ÖSYM Yayınları.

Zerenler, Muammer; Öğüt, Adem (2007). "Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18: 502.

Anketin 1. bölümünde yer alan sorular Türkiye’de mevcut ağız ve diş sağlığı hizmet sisteminin genel olarak değerlendirilmesine yöneliktir. Lütfen aşağıdaki ifadelere kendi görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.

1. BÖLÜM: TÜRK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI SİSTEMİNİN GENEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.1. Türkiye’de halkın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine talebi yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.2. Türkiye’de halkın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.3. Türkiye’de sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.4. Sağlık hizmetleri içerisine ağız ve diş sağlığı hizmetleri tam entegre edilebilmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.5. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için uygun planlar ve politikalar geliştirilmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.6. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin güçlü ve etkin bir yönetim yapısı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.7. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri amaca uygun yeterli şekilde örgütlenmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.8. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yeterli mali kaynak sağlanmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.9. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yeterli sayıda ve nitelikte sağlık insan gücüne sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.10. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yeterli ve etkin bir denetim mekanizması vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.11. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili veri tabanı ve bilgi sistemi yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.12. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili ihtiyaca uygun yeterli mevzuat düzenlemesi yapılmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.13. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik yeterli araştırmageliştirme çalışmaları yapılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.14. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu-özel işbirliği yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.15. Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yeniden yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Anketin 2. bölümü bir bütün olarak ağız ve diş sağlığı hizmet sisteminde yaşanan yönetim-örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman sorunlarını belirlemeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki ifadelerde görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.

2. BÖLÜM: KAMU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SİSTEMİNDE MEVCUT SORUNLARA YÖNELİK GÖRÜŞLER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
2.1. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık bakanlığında en üst düzeyde temsil edilmektedir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.2. Sağlık Bakanlığında ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili üst düzey yönetim ve karar organlarında diş hekimleri yeterince yer almaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.3. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönetim kademeleri arasında yeterli düzeyde iletişim ve koordinasyon bulunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.4. Kamu diş hekimliği hizmetlerini yürüten yöneticiler, sağlık yönetimi alanında yeterli eğitim almışlardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.5. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında SB, DPT, YÖK ve TDB gibi kurumlar arasında yeterli işbirliği yapılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.6. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan birimlerin altyapı ve fiziki koşulları aynı standarttır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.7. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlarının sınıflandırılması ve görev dağılımı tam olarak yapılmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.8. Toplumla yönelik ağız ve diş sağlığı eğitimleri yeterli şekilde verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.9. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda hizmet kalite standartları yeterli şekilde uygulanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.10. Türkiye’de koruyucu/önleyici ağız ve diş sağlığı hizmetleri yeterli şekilde sunulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.11. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yeterli sayıda ve nitelikte personel yetiştirilebilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.12. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde çalışan personelin coğrafik dağılımı dengelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.13. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunan personelin görev tanımları ve çalışma alanları tam olarak bellidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.14. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde çalışan personel yeterli mali ve özlük haklarına sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.15. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için uygun insan gücü yetiştirilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.16. Türkiye’de sağlık harcamaları için bütçeden yeterli finansman sağlanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2.17. Türkiye’de sağlık bütçesinden ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli pay ayrılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.18. Koruyucu diş hekimliği hizmetleri için yeterli finansman sağlanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.19. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.20. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde harcamaları azaltıcı önlemler ve mali denetimler yeterli şekilde yapılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Anketin 3. bölümü ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili önerileri değerlendirmeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki ifadelerde görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.

3. BÖLÜM: AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANMASINA YÖNELİK ÖNERİLER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
3.1. Sağlık bakanlığı merkez teşkilatı içinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.2. Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.3. Sağlık Bakanlığı diş hekimliği hizmetleriyle ilgili politikaları belirlerken, Türk Diş Hekimleri Birliği ve ilgili diğer meslek örgütleriyle eşgüdüm içerisinde olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.4. Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.5. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yönetimde görev alacak diş hekimleri öncelikle sağlık yönetimi alanında eğitim almış olanlardan seçilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.6. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.7. Bölgesel ihtiyaçlar dikkate alınarak nüfusun yoğun yaşadığı bölgelerde ağız -diş sağlığı hastaneleri kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.8. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunarken riskli ve dezavantajlı guruplara (çocuklar, hamileler, yaşlılar, engelliler v.b.) öncelik verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.9. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ihtiyaca yönelik bölgesel kamu diş protez laboratuvarları kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.10. Diş hekimliğinde acil durumlar tanımlanarak acil diş hekimliği ve vardiya gibi mesai dışı hizmetler için standartlar oluşturulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.11. Diş hekiminin az olduğu bölgelerde diş hekimlerinin çalışmasını özendirici teşvikler uygulanmalıdır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.12. Diş hekimliği hizmetleri için ihtiyacı karşılayacak dental terapistler, oral hijyenistler gibi farklı diş hekimi yardımcıları yetiştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.13. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmeti için ihtiyacı karşılayacak yeterli sayıda ve nitelikte uzman diş hekimi yetiştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3.14. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu diş hekimliği ve halk sağlığı çalışmalarını yürütecek personel yetiştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.15. Ağız ve diş sağlığı çalışanları işle ilişkili sağlık sorunları ve meslek hastalığı açısından yakın takibe alınmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.16. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden daha fazla pay ayrılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.17. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.18. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için - sigara, alkol, şekerli yiyecekler, asitli içecekler vb. kesinti yapılarak- ayrı bir fon oluşturulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.19. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yetişkinlerden bazı tedaviler için katılım payı alınmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.20. SGK, -diğer branşlarda olduğu gibi- özel çalışan diş hekimlerinden de hizmet satın alınmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.21. Kamu diş hekimliği hizmetleri ile ilgili güncel ve kapsamlı mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.22. Ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili veri tabanı ve bilgi sistemi kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.23. Diş hekimliği fakültelerinde temel tıp bilimleri klinikleri kurulmalı ve güçlendirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.24. Diş hekimliği eğitimi –tıp eğitiminde olduğu gibi- 6 yıla çıkarılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.25. Diş hekimleri için sürekli diş hekimliği eğitimi zorunlu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.26. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri “kanıta dayalı” bir yaklaşımla sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.27. Ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili araştırma-geliştirme (ar-ge) çalışmaları yapılmalı ve desteklenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.28. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.29. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri içinde evde ağız ve diş sağlığı hizmeti verecek mobil ekipler ve birimler kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.30. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin dental turizm potansiyeli araştırılmalı ve geliştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.31. Diş malzeme ve sanayi üretiminde yerli üretim teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili olarak önerilerinizi yazınız.

-
-
-

Ankete Katıldığınız İçin Teşekkür Ederiz!

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ömer Faruk KUZU
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 11.03.1993/SİVAS
e-posta : kk.omar@hotmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Sivas Fen Lisesi	2011
Önlisans	Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi(2. Üniversite)	2014 (Onur Öğrencisi)
Lisans	Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi (2. Üniversite)	2016
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2016
Lisans	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	2019

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2017-2018	İmranlı İlçe Devlet Hastanesi	Diş Hekimi
2018-.....	Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Diş Hekimi

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce YÖKDİL:(70.00)